

Absatzpolitik für Apotheken

**Eine betriebswirtschaftliche Handlungsanalyse auf der
Grundlage der besonderen Lebensbedingungen
von Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland**

INAUGURAL-DISSERTATION

**zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doctor rerum politicarum
(Dr. rer. pol.)**

an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Robert F. Schmidt

1981



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548324_0001

Absatzpolitik für Apotheken

**Eine betriebswirtschaftliche Handlungsanalyse auf der
Grundlage der besonderen Lebensbedingungen
von Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland**

**INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doctor rerum politicarum
(Dr. rer. pol.)
an der Ludwig-Maximilians-Universität München**

**vorgelegt von
Robert F. Schmidt**

1981



Referent: Prof. Dr. Karl Oettle

Korreferent: Prof. Dr. Eugen Leitherer

Promotionsabschlußberatung: 27. Juli 1981

Copyright 1981 beim Autor. Alle Rechte vorbehalten.

Druck im Donau-Verlag, Straubing und München.

Meinen Eltern

VORWORT

Ein leistungsfähiges Gesundheitswesen ist eine Grundlage jedes humanitären Staatswesens; denn Gesundheit ist das höchste individuelle Gut des Menschen. Zur Gewährleistung eines derartigen Gesundheitswesens gehört auch eine effiziente Arzneimittellversorgung. Hierfür möchte die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten. Durch ihre Konzeption als Dissertation will sie zwei Zielgruppen ansprechen, die Universität und die Apotheke. Dies bringt das Dilemma mit sich, daß die einzelnen Zielgruppen um des Verständnisses willen gelegentlich durch längst Bekanntes gelangweilt werden. Um der Absicht der Untersuchung gerecht zu werden, mußte ich daher in vielen Fällen einen Kompromiß schließen, der nicht immer leicht zu finden war. Praxisorientiertes Arbeiten, das wissenschaftlich fundiert sein will, verlangt jedoch einerseits eine Orientierung an realen Situationen, andererseits eine Berücksichtigung theoretischer Bezugsrahmen.

Besonderen Dank schulde ich meinem hochgeschätzten akademischen Lehrer, Herrn Prof. Dr. Karl Oettle, der sich bereit erklärt hat, die Arbeit zu betreuen, mir wertvolle Ratschläge erteilt und jegliche Freiheit bei der Abfassung gewährt hat. Für die Übernahme des Zweitreferates danke ich Herrn Prof. Dr. Eugen Leitherer. Meinen Kollegen am Institut für Verkehrswirtschaft und öffentliche Wirtschaft der Universität München, insbesondere Herrn Dr. Gerhard Sabathil, gebührt Dank für ihre Bereitschaft zur Diskussion über schwierige Problemfragen. Vielfache Anregungen und Hinweise habe ich Herrn Alfred Obermeier, den Herren Dr. Weber, Dr. Kellerer, Knäpper und Neumann sowie den Damen und Herren Apothekern Braun, Dr. Leetsch, Sabathil und Schwaabe zu verdanken.

Immerwährende Unterstützung und pharmazeutisch-fachlichen Rat haben mir meine Eltern zuteil werden lassen. Ihnen sei daher als Adressaten diese Arbeit in Dankbarkeit gewidmet. Nicht zuletzt danke ich meiner lieben Frau. Sie hat einerseits die mühevollen Aufgabe übernommen, ein teilweise fragmentarisch anfallendes und nur schwer leserliches Manuskript in ein druckfertiges zu verwandeln. Zum anderen hat sie mir durch stetige liebevolle Aufmunterung und Ertragen vieler Unannehmlichkeiten die Unterstützung zuteil werden lassen, die notwendig ist, um unproduktive Phasen wissenschaftlicher Arbeit zu überwinden.

München, im Juli 1981

Robert F. Schmidt



ABSATZPOLITIK FÜR APOTHEKEN

Eine betriebswirtschaftliche Handlungsanalyse auf der
Grundlage der besonderen Lebensbedingungen von Apotheken
in der Bundesrepublik Deutschland

Einleitung

GRUNDLAGEN DER UNTERSUCHUNG 1

A. ZIELSETZUNG UND AUSGANGSPUNKT DER ARBEIT	1
B. METHODISCHE KONZEPTION	6
C. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	9
D. AUFBAU DER UNTERSUCHUNG	15

Erstes Kapitel

DIE APOTHEKE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND ALS GLIED DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSWESENS 18

A. EIGENARTEN DER VERSORGUNG MIT GESUNDHEITSLEISTUNGEN, INSBESONDERE MIT ARZNEIMITTELN	19
1. Arzneimittel als Güter besonderer Art	20
2. Die Versorgung mit Arzneimitteln als öffentliche Aufgabe	25
B. STAATSPOLITISCH GESETZTE LEBENSBEDINGUNGEN DER APOTHEKEN	30
1. Öffentliche Bindung	31
2. Wettbewerbspolitische Aspekte	34
3. Apotheken als privatwirtschaftliche Einzelunter- nehmungen	36
C. LEITMAXIME DER BETRIEBLICHEN BETÄTIGUNG IN APOTHEKEN	39
1. Geltung des Berufsausübungsprinzips	40
2. Zur Berufstätigkeit des Apothekers	42

Zweites Kapitel

ANALYSE DER MÄRKTE FÜR "APOTHEKENWAREN" UND IHRER
ENTWICKLUNG

46

A. NOTWENDIGE AUFSPALTUNG DER MÄRKTE FÜR "APOTHEKENWAREN"	
IN TEILMÄRKTE	48
1. Arzneimittelmärkte	49
a. Verschreibungspflichtige Arzneimittel	52
b. Apothekenpflichtige, rezeptfreie Arzneimittel	53
c. Freiverkäufliche Arzneimittel	54
2. Märkte für apothekenübliche Nicht-Arzneimittel ("Ergänzungssortiment"/"Gesundheitspflegesortiment")	56
B. BEDARFSSTRUKTURANALYSE	58
1. Bedarfsgebiete	59
2. Bedarfsträger	64
3. Bedarfsfaktoren	71
a. Zur Bildung von Bedürfnissen an Gesundheits- gütern	71
b. Zur Bedeutung der Kaufkraft bei Gesundheits- gütern	76
4. Bedarfsäußerungen im Markt (Nachfrage)	78
a. Das Apothekenimage als wesentlicher Bestimmungs- faktor für die qualitative Nachfrage nach ein- zelnen Warengruppen	79
b. Zur quantitativen Nachfrage auf Märkten für "Apothekenwaren" und ihrer Entwicklung	82
c. Nachfrageelastizitäten	86
C. KONKURRENZSTRUKTURANALYSE	91
1. Konkurrenzstruktur in der Apothekenbranche	92
2. Das Verhältnis der Apotheken zu konkurrierenden Betrieben anderer Branchen	96
D. ZUR SITUATION AUF DEN BESCHAFFUNGSMÄRKTEN VON APOTHEKEN	98

Drittes Kapitel

DIE GEGENWÄRTIGE BETRIEBLICHE ZIELKONZEPTION VON
APOTHEKEN ALS MAßSTAB UNTERNEHMERISCHEN HANDELNS
IM ABSATZMARKT

103

A. ZUR BETRIEBSTYPSPEZIFISCHEN ABLEITUNG VON OBERZIEL- KATEGORIEN	106
1. Individuelle, private Interessen	107
2. Kollektive, öffentliche Interessen	108
B. ABSATZWIRTSCHAFTLICHE AUSPRÄGUNGEN MÖGLICHER OBER- ZIELKATEGORIEN VON APOTHEKEN	112
1. Darbietungsziele	113
a. Leistungsziele	113
b. Lenkungsziele	117
c. Belastungsziele	121
2. Erwerbsziele	121
3. Sicherungsziele	126
4. Unabhängigkeits- und Anlehnungsziele	128
5. Weitere mögliche Oberziele	129
C. ZUR HORIZONTALEN STRUKTUR EINES ZIELSYSTEMS IN APOTHEKEN	132

Viertes Kapitel

APOTHEKENSPEZIFISCHE HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN IN EINZELNEN
AKTIONSBEREICHEN DER ABSATZPOLITIK

140

A. STANDORTPOLITIK	145
1. Die Standortpolitik als ein Aktionsgebiet der Absatzpolitik	145
2. Handlungsrahmen der Standortpolitik	147
3. Ziele der Standortpolitik	153
4. Operative Handlungsprinzipien der Standortpolitik	155
a. Prinzipien der Standortwahl	156
aa. Konkurrenzevitation	156
ab. Orientierung an Praxisstandorten von Ärzten	157

ac. Orientierung an Kundenwohnsitzen	158
ad. Orientierung an Passantenströmen	159
ae. Orientierung an Absatzagglomerationen und Attraktionsträgern	160
b. Prinzipien der Standortanpassung	162
5. Regionsbezogene Strategien der Standortpolitik	163
 B. SORTIMENTSPOLITIK	166
1. Grundlagen der Sortimentspolitik	166
2. Sortimentspolitik für apothekenpflichtige Arzneimittel	169
a. Handlungsfeld	169
b. Operative Handlungsprinzipien	171
3. Zur Gestaltung des Sortiments freiverkäuflicher Arzneimittel	174
a. Handlungsfeld	174
b. Operative Handlungsprinzipien	175
4. Sortimentspolitik im Ergänzungssortiment	177
a. Handlungsrahmen der Sortimentspolitik	178
b. Der Beitrag des Ergänzungssortiments zur Erreichung betrieblicher Ziele	180
c. Operative Handlungsprinzipien der Sortimentspolitik	186
ca. Zur Abstimmung von Sortimentsbreite und -tiefe	186
cb. Zur Anwendbarkeit umfassender Gestaltungsregeln	188
cc. Nach Warentypen differenzierte Gestaltungsgrundsätze	194
d. Strategien einer imagekonformen Sortimentsgestaltung	204
 C. PRODUKTGESTALTUNG	208
1. Die Bedeutung der Produktgestaltung im Rahmen des Leistungsprogramms von Apotheken	208
2. Handlungsrahmen der Produktgestaltung	211
3. Ziele der Produktgestaltung	215
4. Operative Handlungsprinzipien der Gestaltung von Sachgütern	216
a. Prinzipien der Qualitätsbestimmung	216

b. Prinzipien der Informationsformulierung	219
c. Prinzipien der Verpackungsgestaltung	220
d. Prinzipien der Markierung	222
5. Zur Gestaltung eigenständiger Dienstleistungen	223
6. Imagekonforme Strategie der Gestaltung eines Programms eigener Produkte	226
D. PREIS- UND KREDITPOLITIK	229
1. Zur wettbewerbspolitischen Bedeutung der Preis- politik	229
2. Geltungsbereich der staatlichen Preisverordnung	233
3. Zur Preisfindung bei selbsterzeugten Produkten	235
4. Preisgestaltung im Bereich des nicht-apotheken- pflichtigen Sortiments	238
a. Handlungsrahmen der Preispolitik	239
b. Ziele der Preispolitik	244
c. Operative Handlungsprinzipien der Preispolitik	245
ca. Umfassende Grundsätze der Preisgestaltung	245
cb. Nach Warentypen differenzierte Gestaltungs- prinzipien	249
d. Strategie einer imagekonformen Preisbildung durch Mischkalkulation	261
5. Kreditpolitische Maßnahmen	264
a. Handlungsfeld der Kreditpolitik	264
b. Operative Handlungsprinzipien der Kreditpolitik	266
E. ANGEBOTSORGANISATION	269
1. Abgrenzung und Stellung des Aktionsbereichs Angebotsorganisation	269
2. Betriebsbereitschaftspolitik	271
a. Handlungsrahmen der Betriebsbereitschaftspolitik	273
b. Ziele der Betriebsbereitschaftspolitik	275
c. Operative Handlungsprinzipien der Betriebsbe- reitschaftspolitik	277
ca. Prinzipien der Dienstbereitschaft	277
cb. Prinzipien der Lieferbereitschaft	279
3. Verkaufsformpolitik	282
a. Handlungsfeld der Verkaufsformpolitik	283

b. Operative Handlungsprinzipien der Verkaufsformpolitik	286
4. Gestaltung des Ladengeschäfts	291
a. Handlungsfeld der Verkaufsraumgestaltung und Warenpräsentation	292
b. Operative Handlungsprinzipien der Ladengestaltung	295
ba. Prinzipien der Raumaufteilung	296
bb. Prinzipien der Wahl von Verkaufsaggregaten	301
bc. Prinzipien der Warenplatzierung	304
c. Praktisches Planungsbeispiel	307
5. Zum Einsatz des Verkaufspersonals	309
a. Handlungsfeld des Personaleinsatzes	309
b. Operative Handlungsprinzipien des Personaleinsatzes	311
6. Strategie einer imagekonformen Angebotsorganisation	314
F. WERBUNG	317
1. Zur Bedeutung und zu den Besonderheiten der Heilmittelwerbung	317
2. Handlungsrahmen der Apothekenwerbung	319
3. Ziele der Apothekenwerbung	327
4. Operative Handlungsprinzipien der Apothekenwerbung	330
a. Prinzipien der Werbebudgetierung	330
b. Auswahl der Werbeobjekte und Gestaltung der Werbeaussage (-argumentation)	331
c. Auswahl der Werbesubjekte	337
d. Prinzipien der Werbemittel und -trägerselektion	338
e. Prinzipien der zeitlichen Streuung von Werbeaktionen	346
f. Zur Kooperation in der Werbung	348
5. Imagekonforme Strategien der Apothekenwerbung	351

Fünftes Kapitel

ENTWURF ABSATZPOLITISCHER GESAMTKONZEPTIONEN FÜR ÖFFENTLICHE APOTHEKEN	353
A. INTERDEPENDENZEN ABSATZPOLITISCHER HANDLUNGSBEREICHE	354
B. ZUR GESTALTUNG IMAGEKONFORMER ABSATZPOLITISCHER STRATEGIEN	356
1. Strategie I: "Tradition"	358
2. Strategie II: "Exklusivität"	362
3. Strategie III: "Gesundheitspflege"	365
C. PLÄDOYER FÜR EIN AKTIVES, PRÄVENTIVES GESUNDHEITS- MARKETING IN ÖFFENTLICHEN APOTHEKEN	368

ANHANG

LITERATURVERZEICHNIS

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen im Text

Nr.	Text	Seite
Abbildung 1:	Durchschnittliche Handelsspanne, Gesamtkosten (einschließlich Unternehmerlohn und Zinsen für Eigenkapital) und betriebswirtschaftliches Ergebnis in % des Bruttoumsatzes.	5
Abbildung 2:	Apothekenrelevante Warenmärkte.	49
Abbildung 3:	Entwicklung der Marktanteile einzelner Branchen und Betriebsformen auf dem Markt für freiverkäufliche Arzneimittel von 1975 - 1977.	56
Abbildung 4:	Merkmalsprofil des Apothekenimages.	81
Abbildung 5:	Entwicklung der Einwohnerzahl je öffentliche Apotheke in der Bundesrepublik von 1971 - 1979.	93
Abbildung 6:	Mögliche Zielkonzeption für Apotheken mit Ableitung von Absatzteilzielen.	111
Abbildung 7:	Determinanten des interaktionellen, sozialen Verkaufsprozesses.	287
Abbildung 8:	Beispiel einer imagekonformen Gestaltung der Offizin.	308
Abbildung 9:	Übersicht über wesentliche Werbemittel und -träger für Apotheken.	339
Tabelle 1:	Veränderungen des Umsatzes (ohne Mehrwertsteuer) je Apotheke gegenüber dem Vorjahr in Prozent.	5
Tabelle 2:	Wertmäßige Marktanteile der führenden Präparate am gesamten Pharma-Umsatz der öffentlichen Apotheken im Jahre 1979 (in %).	50
Tabelle 3:	Volumen des Marktes für freiverkäufliche Arzneimittel in der Bundesrepublik Deutschland und seine Entwicklung (absolut in Mio DM / prozentuale Steigerung zum Vorjahr).	55
Tabelle 4:	Marktvolumen auf einzelnen Teilmärkten für apothekenübliche Waren, Entwicklung zum Vorjahr und Marktanteile der Apotheken in den Jahren 1975 - 1977.	57
Tabelle 5:	Prozentuale Verteilung der Rezepte in Einzugsbereichen von Apotheken nach dem Wohnsitz der Patienten und der Praxislage der verordnenden Ärzte.	62

Tabelle 6:	Häufigkeit des Verbrauchs an Arzneimitteln in der Bundesrepublik (in Prozent einer repräsentativen Stichprobe von 2018 Befragten).	83
Tabelle 7:	Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken (incl. Mehrwertsteuer).	84
Tabelle 8:	Zahl der öffentlichen Apotheken in der Bundesrepublik von 1971 - 1979.	93
Tabelle 9:	Umsatzprognose für eine Apotheke.	151

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen im Anhang

Nr.	Text	Seite
Abbildung A 1:	Arzneimittelumsatz über öffentliche Apotheken 1972 bis 1979 (zu Endverbraucherpreisen incl. MWSt. und Prozentanteilen von Kostenträgern).	372
Tabelle A 1:	Apothekenumsatz je Einwohner ohne Mehrwertsteuer in den Jahren 1950, 1960, 1970 und 1978, aufgegliedert nach Bundesländern (in DM).	371
Tabelle A 2:	Anzahl der umsatzsteuerpflichtigen Apotheken im Jahre 1978, aufgegliedert nach Umsatzgrößenklassen (ohne Mehrwertsteuer).	372
Tabelle A 3:	Marktvolumen und Wachstumsraten der 15 umsatzstärksten Arzneimittelgruppen im Vergleich.	373

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABDA	Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker
AJ	Apotheker Journal
AMG	Arzneimittelgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AP	Apotheken Praxis
ApoBo	Apothekenbetriebsordnung
ApoG	Apothekengesetz
AZ	Aktenzeichen
BGA	Bundesgesundheitsamt
BGB1.	Bundesgesetzblatt
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
DAZ	Deutsche Apotheker Zeitung
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FfH-Mitteilungen	Mitteilungen der Forschungsstelle für den Handel, Berlin
GfK	Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung e.V.
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMP	Good Manufacturing Practices
HdW	Handbuch der Wirtschaftswissenschaften
HWA	Handwörterbuch der Absatzwirtschaft
HWB	Handwörterbuch der Betriebswirtschaft
HWG	Heilmittelwerbegesetz
HWO	Handwörterbuch der Organisation
IfH-Mitteilungen	Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln
JMR	Journal of Marketing Research
JoM	Journal of Marketing
Lschluß	Ladenschlußgesetz
N.F.	Neue Folge
OHG	Offene Handelsgesellschaft
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht

Pharm.Rundschau	Pharmazeutische Rundschau
Pharm.Ztg.	Pharmazeutische Zeitung
PKV	Private Krankenversicherung
PTA	Pharmazeutisch-Technischer Assistent
RVO	Reichsversicherungsordnung
STADA	Standardpräparate Deutscher Apotheker
SZ	Süddeutsche Zeitung
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
ZAW	Zentralausschuß der Werbewirtschaft
ZfB	Zeitschrift für Betriebswirtschaft
ZfbF	Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung
ZfhF	Zeitschrift für handelswissenschaftliche Forschung
Zögu	Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen

Einleitung

GRUNDLAGEN DER UNTERSUCHUNG

A. ZIELSETZUNG UND AUSGANGSPUNKT DER ARBEIT

Ein vorherrschendes Wissenschaftsziel der modernen, angewandten Betriebswirtschaftslehre ist es, über die Erklärung betriebswirtschaftlicher Tatbestände hinaus Verhaltensempfehlungen zu erarbeiten, "durch deren Befolgung die handelnden Menschen in den Betriebswirtschaften bestimmte Ziele in einem erwünschten Ausmaß erreichen können."¹⁾ Die betriebswirtschaftliche Forschung hat sich nach diesem Wissenschaftsverständnis um die Lösung realer Probleme zu bemühen.²⁾ Rational fundierte Problemlösungshilfen sind jedoch nicht dadurch zu gewinnen, daß faktische Handlungen beobachtet und verbal imitiert werden; eine solche Arbeitsweise entbehrt nämlich der theoretischen Grundlegung. Auch ein alleiniges Referieren bereits vorhandener wirtschaftswissenschaftlicher Theorien vermag kaum neue, realistische Erkenntnisse zur Gestaltung der Wirklichkeit zu liefern; denn es fehlt ihm i.d.R. die Konfrontation mit aktuellen Problemsituationen.³⁾ Ein in der Praxis verwertbarer, nicht rein

-
- 1) Heinen, Edmund: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, 7. Aufl., Wiesbaden 1980, S. 25; vgl. ähnlich Kroeber-Riel, Werner: Konsumentenverhalten, 2. Aufl., München 1980, S. 42. Vgl. hierzu etwa auch Heinen, Edmund: Wissenschaftsprogramm der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre. In: Heinen, Edmund, Grundfragen der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre, München 1976, S. 368 ff.; Raffée, Hans: Grundprobleme der Betriebswirtschaftslehre, Göttingen 1974 (Zitierweise: Grundprobleme), insbes. S. 64 ff.; Wöhe, Günter: Betriebswirtschaftslehre, Entwicklungstendenzen der Gegenwart. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 1, Stuttgart 1974, insbes. Sp. 726 ff.
 - 2) Zur Problemorientierung der Betriebswirtschaftslehre vgl. allgemein etwa Ulrich, Hans/Krieg, Walter/Malik, Fredmund: Zum Praxisbezug einer systemorientierten Betriebswirtschaftslehre. In: Ulrich, Hans (Hrsg.), Zum Praxisbezug der Betriebswirtschaftslehre, Bern und Stuttgart 1976, insbes. S. 135 f. und S. 143 f.
 - 3) Zum Situationsbezug wirtschaftswissenschaftlicher Untersuchungen vgl. etwa die Ausführungen von Staehle, Wolfgang H.: Der situative Ansatz in der Betriebswirtschaftslehre. In: Ulrich (Hrsg.), op.cit., insbes. S. 36 f.

zufälliger Erkenntnisfortschritt ist vielmehr nur dadurch zu erzielen, daß praktische Probleme aufgegriffen und in einer Detailstudie einer differenzierten, theoretisch-wissenschaftlichen Analyse unterzogen werden.¹⁾

Auf diesen Überlegungen basiert auch die vorliegende Arbeit. Ihr Ausgangspunkt sind die gegenwärtigen absatzwirtschaftlichen Probleme eines besonderen Typs von Unternehmungen in der Bundesrepublik Deutschland, nämlich der (öffentlichen) Apotheken. Entsprechend dem skizzierten Wissenschaftsziel will die Untersuchung dem Apotheker als Unternehmer Hilfen für eine rationale Gestaltung seiner Absatzpolitik geben, indem sie seinen absatzpolitischen Handlungsrahmen aufzeigt und ihm praktische Handlungsprinzipien zur Ausfüllung dieses Rahmens an die Hand gibt, deren Einsatz es ihm erlaubt, betriebliche Ziele bestmöglich zu erreichen. Außerdem soll der Apotheker durch die anwendungsorientierte Darbietung absatzwirtschaftlicher Kenntnisse und Gestaltungsanregungen befähigt werden, eigene Ideen²⁾ für ein aktives, zielaäquates unternehmerisches Verhalten auf seinen Absatzmärkten zu kreieren und Instrumente zu ihrer Durchsetzung zu entwickeln. Nicht zuletzt möchte die Arbeit dazu beitragen, bestehende Unsicherheiten des Apothekers über (rechtlich, wirtschaftlich, gesellschaftlich) mögliche und zweckmäßige absatzpolitische Handlungsweisen abzubauen.

Mit den genannten Zielsetzungen will die vorliegende Untersuchung dem Mangel entgegentreten, daß in weitesten Kreisen der Apothekerschaft "... keine 'Absatzpolitik' rational geplant

1) Vgl. Ähnlich Leitherer, Eugen: Wie kann die Universität auf dem Sektor des Marketing mit der Praxis zusammenarbeiten? In: Münchner Marketing-Club-Report 1/1978, S. 13; siehe auch Schäfer, Erich: Betriebswirtschaftslehre und Absatzwirtschaft. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 407 f.

2) Zum Begriff der Unternehmungsideen vgl. Schäfer, Erich: Die Unternehmung, 9. Aufl., Wiesbaden 1978, S. 37 ff.; siehe auch Gerth, Ernst: Betriebswirtschaftliche Absatz- und Marktforschung, Wiesbaden 1970, S. 70 f. Oettle unterscheidet Unternehmungs- und Betriebsführungsideen (vgl. Oettle, Karl: Die Problematik der Betriebsführung im Krankenhaus der Gegenwart. In: Hans-Werner Müller (Hrsg.), Führungsaufgaben im modernen Krankenhaus, Stuttgart et al. 1980 (Zitierweise: Betriebsführung im Krankenhaus), S. 49 ff.).

oder betrieben wird."¹⁾ Diese Unzulänglichkeit trifft für die Unternehmung Apotheke im Vergleich zu anderen Unternehmungen unseres Wirtschaftssystems in besonderem Maße zu. Der Apotheker erhält nämlich eine überwiegend naturwissenschaftliche Ausbildung und besitzt damit i.d.R. kaum betriebswirtschaftliche Kenntnisse. Im übrigen gehört es zu einer weitverbreiteten Standesauffassung, daß sich der Apotheker als "Arzneimittelfachmann" allein pharmazeutisch-technologischen Aspekten der Arzneimittelherstellung, -kontrolle, -verteilung und -beratung zu widmen habe und Fragen der wirtschaftlichen Führung seines Betriebes in den Hintergrund treten müßten.²⁾

Es ist jedoch eine nicht zu leugnende Tatsache, daß der selbstständige Apotheker vielfältige betriebswirtschaftliche Entscheidungen in seiner täglichen Unternehmungspraxis zu treffen hat, vor allem im Bereich des Absatzes, der für Produktivbetriebe im allgemeinen zweckbildenden betrieblichen Funktion.³⁾ Aufgabe des Wirtschaftswissenschaftlers ist es nun, den Apotheker bei der Vorbereitung von wirtschaftlichen, hier: absatzwirtschaftlichen, Entscheidungen und bei der Beurteilung ihrer Kon-

1) Leitherer, Eugen: Zur Absatzpolitik des Einzelhandels. In: ZfhF, N.F., 12.Jg. (1960), S. 690, der diese Feststellung allgemein für den mittelständischen Einzelhandel trifft und sie in neuerer Zeit unverändert wiederholt (vgl. derselbe: Betriebliche Marktlehre, Zweiter Teil: Die Aktionsbereiche, Stuttgart 1978 (Zitierweise: Betriebliche Marktlehre II), S. 241). Die empirisch zu beobachtende zunehmende Wandlung des Handels hin zu einem "Initiator absatzwirtschaftlicher Aktivität" (Nieschlag, Robert: Die Intensivierung der absatzwirtschaftlichen Bemühungen als Gegenwartsaufgabe der Unternehmungen. In: Betriebswirtschaft und Marktpolitik, Festschrift für Rudolf Seyffert zum 75. Geburtstag, hrsg. v. Erich Kosiol und Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968, (Zitierweise: Intensivierung), S. 408) dürfte allein für Großbetriebsformen des Einzelhandels gelten.

2) Vgl. hierzu etwa: Twiehaus, Hans/Beckendorff, Helmut: Der Apotheker als Unternehmer, Frankfurt/Main 1978, S. 1 f.

3) Vgl. Seyffert, Rudolf: über Begriff, Aufgaben und Entwicklung der Betriebswirtschaftslehre, 5. Aufl., Stuttgart 1963, S. 15; Schade, Heinz G.: Der Absatz als Grundlage unternehmerischer Entscheidungen. In: Die informierte Unternehmung, hrsg. v. Hans Rühle von Lilienstern, Berlin 1972, S. 214; siehe hierzu auch Ruberg, Carl: Der Einzelhandelsbetrieb, Essen 1951, S. 55; Kalussis, Demetre: Betriebslehre des Einzelhandels, Köln und Opladen 1960 (Zitierweise: Betriebslehre) S. 123; Petermann, Günter: Absatzwirtschaft, Stuttgart et al. 1979, S. 240.

sequenzen zu unterstützen.¹⁾²⁾ Dabei erscheint ein wirtschaftswissenschaftlicher Beitrag zur Lösung von Absatzproblemen in Apotheken angesichts deren gegenwärtiger wirtschaftlicher Situation besonders dringlich zu sein:

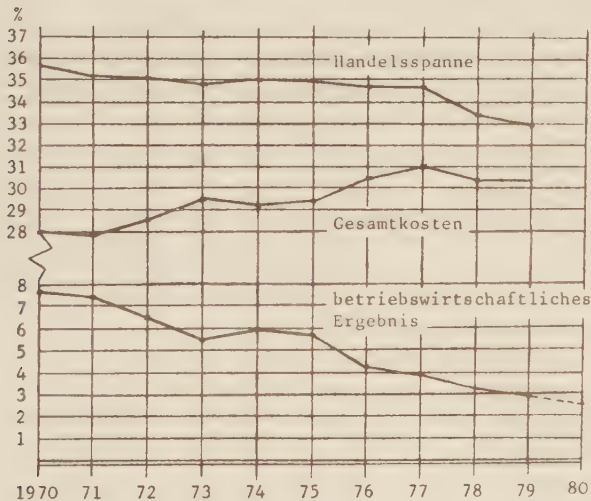
"Die wirtschaftlichen Daten für den Betrieb einer Apotheke haben sich in der Bundesrepublik Deutschland im Laufe d. letzten Jahre eklatant verschlechtert."³⁾ So sind weithin stagnierende bzw. (preisbereinigt) schrumpfende Umsätze (vgl. Tabelle 1) sowie sinkende Handelsspannen und Betriebsergebnisse (definiert als Differenz zwischen Betriebshandelsspanne und Gesamtkosten in Prozent des Bruttoumsatzes) (vgl. Abbildung 1) zu konstatieren. Auf Gründe für diese Entwicklung wird in der vorliegenden Arbeit noch ausführlich eingegangen.

- 1) Zu dieser Aufgabe der Wirtschaftswissenschaft vgl. allgemein z.B. Oettle, Karl: Raumwirtschaftliche Aspekte einer Betriebswirtschaftslehre des Verkehrs, Veröffentlichungen der Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Abhandlungen Bd. 77, Hannover 1978 (Zitierweise: Raumwirtschaftliche Aspekte), S. 7. Über die Notwendigkeit wirtschaftswissenschaftlicher Kenntnisse für Apotheker vgl. etwa Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 1 ff.
- 2) So haben sich Autoren auch schon sehr früh mit wirtschaftlichen Problemen der Apotheken befaßt (vgl. z.B. Chenu-Repond, Julius: Der Apotheker als Kaufmann, Stuttgart 1909; Horn, Werner: Apothekenbetrieb. In: HWB, hrsg. v. Heinrich Nicklisch, Bd. 1, Stuttgart 1926, Sp. 188 ff.; Falk, Franz: Die Apotheke als kaufmännischer Betrieb, Diss. Frankfurt/Main 1934. In neuester Zeit sind eine Reihe von "Apothekenbetriebslehren" vorgelegt worden (vgl. Twiehaus/Beckendorff, op.cit.; Franzen, Karlheinz/Nettesheim, Horst-E.: Betriebswirtschaftslehre für Apotheker, Stuttgart 1976; Zander, Erika/Zander, Ernst: Neue Apothekenbetriebslehre, 2. Aufl., Bad Harzburg 1976 (Zitierweise: Apothekenbetriebslehre); dieselben: Die Apotheke und ihre Mitarbeiter, Freiburg i.Br. 1978 (Zitierweise: Die Apotheke)). Sämtlichen bisher genannten Veröffentlichungen ist jedoch gemeinsam, daß absatzwirtschaftliche Probleme in Apotheken nicht oder nur am Rande behandelt werden oder ihre Analyse in keiner Weise auf modernen absatzwirtschaftlichen Theorien basiert.
- 3) Beckendorff, Helmut: Kann die Verschlechterung der betriebswirtschaftlichen Daten die Apothekenschwemme in der Bundesrepublik Deutschland bremsen? In: Pharm.Ztg., 125.Jg. (1980), S. 1153; vgl. auch ausführlich o.V.: Bericht über die Betriebsvergleichsergebnisse der Apotheken in den Jahren 1967 bis 1977. In: IfH-Mitteilungen, hrsg. v. Edmund Sundhoff, 31.Jg. (1979), S. 157 ff. (Zitierweise: Bericht) sowie Menge, Robert G.: Betriebsvergleichsergebnisse der Apotheken im Jahre 1978. In: Pharm.Ztg., 125.Jg. (1980) (Zitierweise: Betriebsvergleich), S. 1700.

Tabelle 1: Veränderungen des Umsatzes (ohne Mehrwertsteuer) je Apotheke gegenüber dem Vorjahr in Prozent (1)

Jahr	nominal	preisbereinigt (real)	Jahr	nominal	preisbereinigt (real)
1970	9,2	6,7	1976	4,3	1,6
1971	9,1	5,6	1977	-1,6	-4,6
1972	9,8	6,8	1978	2,2	-0,4
1973	6,4	2,8	1979	3,5	0,2
1974	8,9	4,1	1980	ca.7	ca.2
1975	5,3	-0,4			

Abbildung 1: Durchschnittliche Handelsspanne, Gesamtkosten (einschließlich Unternehmerlohn und Zinsen für Eigenkapital) und betriebswirtschaftliches Ergebnis in % des Bruttoumsatzes (2)



- 1) Quellen: Beckendorff, op.cit., S. 1153. Für das Jahr 1979: Neumann, Lutz R.: Die branchenwirtschaftliche Situation der Apotheken. In: Zur wirtschaftlichen Situation der Apotheke, apotheken-report 18, hrsg. v. der ABDA, Frankfurt/Main 1980 (Zitierweise: Situation), S. 3. Schätzung für das Jahr 1980: Eigene Berechnung auf der Grundlage von Angaben in: O.V.: Die Apotheke unter dem Druck der Arzneimittelpreisverordnung und des Handelsspannenausgleichs, Bericht von der XIX. Wirtschaftstagung des Deutschen Apotheker-Vereins. In: Pharm.Ztg., 126.Jg. (1981) (Zitierweise: Wirtschaftstagung), S. 745; sowie in: O.V.: Über dem Höchstbetrag. In: Medikament & Meinung, 4.Jg. (1981), Nr. 1 (Zitierweise: Höchstbetrag), S. 2.
- 2) Quellen: Neumann, Lutz R.: Die betriebswirtschaftliche Entwicklung der öffentlichen Apotheken. In: Zur wirtschaftlichen Situation der Apotheke, op.cit., S. 18; o.V.: Bericht, S. 159; Menge: Betriebsvergleich, S. 1701. Für das Jahr 1979: O.V.: Wirtschaftstagung, S. 746. Schätzung des betriebswirtschaftlichen Ergebnisses für 1980: Ibid., S. 746.

B. METHODISCHE KONZEPTION

Für die Lösung komplexer Probleme der Praxis kann kaum jemals nur eine einzige Methode als die "richtige" angesehen werden. Nach dem Kriterium der Zweckmäßigkeit lassen sich jedoch methodische Schwerpunkte bilden. So bedient sich die vorliegende Arbeit - ihrer praktischen Zielsetzung entsprechend - vor allem der materiellen Methode der Aktions- bzw. Handlungsanalyse,¹⁾ genauer: Handlungsmöglichkeitenanalyse. Ihr Ausgangspunkt ist die Frage, "welche Handlungsmöglichkeiten ein Unternehmer innerhalb seiner ihn beeinflussenden Umwelt bei der Verfolgung bestimmter Ziele hat."²⁾ Die Handlungsanalyse bildet ein über eine reine Strukturerhellung des absatzwirtschaftlichen Bereichs hinausgehendes "aktivistisches Element der wissenschaftlichen Forschung."³⁾ Sie kann damit gewissermaßen als Teil einer "Lehre vom Handeln der verantwortlichen Menschen"⁴⁾ angesehen werden.⁵⁾ Eine Grundlage für ihre An-

-
- 1) Vgl. zu dieser Methode Leitherer, Eugen: Absatzlehre, 3. Aufl., Stuttgart 1974, S. 15 ff.; derselbe: Betriebliche Marktlehre, Erster Teil: Grundlagen und Methoden, Stuttgart 1974 (Zitierweise: Betriebliche Marktlehre I), S. 100 ff.; Hansen, Ursula: Absatz- und Beschaffungsmarketing des Einzelhandels, 2 Bände, Göttingen 1976 (Zitierweise: Einzelhandelsmarketing), S. 13.
 - 2) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 13.
 - 3) Leitherer: Absatzlehre, S. 15 f. (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen). Den Aktionsaspekt als ein Merkmal marketingorientierter Absatzpolitik erwähnt auch Meffert, Heribert: Marketing, 5. Aufl., Wiesbaden 1980, S. 35.
 - 4) Sandig, Curt: Betriebswirtschaftspolitik, 2. Aufl. von "Die Führung des Betriebes. Betriebswirtschaftspolitik", Stuttgart 1966, S. 29.
 - 5) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 112. Zur Bedeutung der Handlungsbezogenheit wissenschaftlicher Theorien vgl. etwa Albert, Hans: Theorie und Prognose in den Sozialwissenschaften. In: Topitsch, Ernst (Hrsg.), Logik der Sozialwissenschaften, 10. Aufl., Königstein/Ts. 1980, S. 127; Koch, Helmut: Die Betriebswirtschaftslehre als Wissenschaft vom Handeln, Tübingen 1975, insbes. S. 38 ff. und S. 143 ff. Kosiol, Erich: Entscheidung, Information und Prognose. In: Kosiol/Sundhoff (Hrsg.), op.cit., S. 277 ff.; Mises, Ludwig von: Nationalökonomie. Theorie des Handelns und Wirtschaftens, Nachdruck der 1. Aufl., Genf 1940, München 1980, insbes. S. 31 ff.

wendung ist die Kenntnis der Zwecke, die durch die unternehmerische Tätigkeit erreicht werden sollen.¹⁾

Bei der Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten wird sich zeigen, daß es beim gegenwärtigen Erkenntnisstand der betriebswirtschaftlichen Forschung nicht möglich ist, im Bereich des Absatzes von Unternehmungen bezüglich der Konsequenzen unternehmerischen Handelns deterministisch angelegte, d.h. präzise jede Wirkung betrieblicher Betätigung prognostizierende Aussagen zu machen.²⁾ Auch die Abgabe von stochastischen Prognosen, die die Wahrscheinlichkeit des Eintretens bestimmter Situationen schildern, wird in vielen Fällen problematisch sein und sich allenfalls auf subjektive Wahrscheinlichkeiten stützen können.³⁾ Damit scheitert weithin auch eine praktikable Anwendung exakter (mathematischer) Verfahren der Entscheidungsfindung.⁴⁾

Dies ergibt sich zum einen aus der unvollkommenen Kenntnis der Maßstäbe, die an unternehmerisches Handeln angelegt werden können, was aus der Tatsache resultiert, daß nicht immer eine exakte Definition der jeweiligen gewünschten Situation, die durch die unternehmerische Tätigkeit geschaffen werden soll, existiert. So ist es bisher in der betriebswirtschaftlichen Forschung z.B. nicht gelungen, eine empirisch fundierte Theorie der Unternehmensziele zu entwickeln.⁵⁾ Im vorliegenden konkreten Fall kommt hinzu, daß

-
- 1) Vgl. hierzu etwa Weisser, Gerhard: Die "praktischen" Aussagen von Politologie und Wirtschaftswissenschaft. In: Weisser, Gerhard, Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Göttingen 1978, S. 79.
 - 2) Zur Abgrenzung deterministischer, stochastischer und tendenzieller Aussagen vgl. Raffée: Grundprobleme, S. 35 ff; Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 7.
 - 3) Vgl. Lange, Manfred: Absatztheorie, entscheidungsorientierte. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 106.
 - 4) Vgl. zu mathematischen Entscheidungsmethoden im Marketing etwa: Tietz, Bruno: Marketing, Tübingen-Düsseldorf 1978, S. 12.
 - 5) Vgl. Reichwald, Ralf: Zur empirischen betriebswirtschaftlichen Ziel-forschung. In: ZfB, 49.Jg. (1979), S. 531.

im Bereich des Gesundheitswesens soziale, sozialpsychologische, psychologische, medizinisch-pharmakologische und andere nicht quantifizierbare Faktoren als wissenschaftlich noch wenig erforschte Daten für betriebliches Handeln besonderes Gewicht erhalten.

Auf der anderen Seite steht die Unmöglichkeit, in jedem Fall exakte instrumentale bzw. kausale Zusammenhänge zwischen dem Einsatz von Aktionsparametern in der Absatzpolitik und dem Eintreten bestimmter Situationen herzustellen.¹⁾ Im übrigen sind viele empirische Daten, die zur Anwendung exakter (mathematischer) Methoden notwendig sind, (bisher) nicht beschafft worden bzw. nur unter erheblichen (sowohl für einen einzelnen mittelständischen Unternehmer als auch einen einzelnen Autor unlösbaren) Schwierigkeiten zu erheben.

Der Erkenntniswert der vorliegenden Arbeit wird sich daher vor allem auf Tendenzaussagen beschränken müssen, denen heuristische Ansätze der Entscheidungsfindung zugrunde liegen.²⁾ Tendenzaussagen haben aber durchaus ihren Stellenwert als vorläufige Erklärungen innerhalb eines Prozesses der ständig Revisio-nen auszusetzenden Theorienentwicklung.³⁾ Freilich können sie nicht den Anspruch erheben, potentiell falsifizierbar zu sein und verbleiben daher im Vorfeld reiner explikativer Theorien.⁴⁾ "Die Ausführungen bewegen sich demnach im quasi-theoretischen Bereich."⁵⁾ Damit kann die vorliegende Arbeit schon wegen ihres

-
- 1) Vgl. ähnlich z.B. Nieschlag: Intensivierung, S. 394; Hartmann, Bernhard: Die Lösung absatzpolitischer Probleme mit Hilfe von Management-Informationssystemen. In: Neuere Ansätze der Marketingtheorie, Festschrift zum 80. Geburtstag von Otto R. Schnutenhaus, hrsg. v. Peter Hammann, Werner Kroeber-Riel und Carl W. Meyer, Berlin 1974, S. 60; Nieschlag, Robert/Dichtl, Erwin/ Hürschgen, Hans: Marketing, 11. Aufl., Berlin 1980, S. 453 f.
 - 2) Vgl. zu heuristischen Entscheidungsmethoden im Marketing etwa: Tietz: Marketing, S. 12.
 - 3) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 7 f.; vgl. hierzu auch Raffée: Grundprobleme, S. 37 f.
 - 4) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 7.; Raffée: Grundprobleme, S. 38; vgl. hierzu auch Wild, Jürgen: Theorienbildung, betriebswirtschaftliche. In: HWB, 4. Aufl., Stuttgart 1976, Sp. 3900 ff.
 - 5) Mielenhausen, Erhard: Marktfelder des Einzelhandels in urbanen Räumen, Berlin 1976, S. 17. Zu quasi-theoretischen Aussagen in den Sozialwissenschaften vgl. Albert, op.cit., S. 131 ff.

Raum-Zeit-Bezugs keine "optimalen" Problemlösungen in Form von Gesetzen für jeden absatzpolitischen Einzelfall anbieten; sie vermag jedoch Material für rationale Lösungen zu liefern, indem sie eine geschlossene, differenzierte Übersicht über den im Thema genannten Objektbereich erarbeitet und damit vor allem die Transparenz der hier anstehenden Problematik erhöht.

C. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Zu Beginn einer wissenschaftlichen Arbeit sind die ihr zugrunde liegenden Begriffe zu klären. Dies ist um so wichtiger, als für die Bedeutung und Verwendung der meisten Begriffe keine exakten Konventionen vorhanden sind. Im Mittelpunkt stehen dabei die Termini 'Absatzpolitik', 'Marketing' und 'öffentliche Apotheke'.

Uneinigkeit herrscht in der Literatur über den Begriff der Absatzpolitik.¹⁾ Während Gutenberg²⁾ den Bedeutungsinhalt des Wortes "Politik" nicht näher umreißt und - ähnlich wie Schäfer³⁾ - von der Vorstellung auszugehen scheint, "daß jeder Einsatz von Aktionsparametern mit dem Ziel, den Marktwiderstand herabzusetzen,"⁴⁾ zur Absatzpolitik zu zählen sei, sind eine Reihe von Autoren der Meinung, daß der Absatzpolitik eine "grundsätzliche" oder "generelle" Richtung anhaftet.⁵⁾ Weiterhin ist ungeklärt, ob sich der Begriff der Absatzpolitik nur auf Mittelentscheidungen⁶⁾ oder auf Ziel- und Mittelentscheidungen be-

-
- 1) Vgl. hierzu ausführlich vor allem Dichtl, Erwin: Über Wesen und Struktur absatzpolitischer Entscheidungen Berlin 1967, insbes. S. 20 ff.
 - 2) Vgl. Gutenberg, Erich: Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, 2. Bd., Der Absatz, 16. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1979 (Zitierweise: Der Absatz), S. 7 ff.
 - 3) Vgl. Schäfer, Erich: Absatzwirtschaft. In: HdW, Band I, hrsg. v. Karl Hax und Theodor Wessels, 2. Aufl., Köln und Opladen 1966 (Zitierweise: Absatzwirtschaft), S. 328.
 - 4) Dichtl, op.cit., S. 24.
 - 5) So etwa Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 107; Weinhold-Stünzi, Heinz: Grundlagen wirtschaftlicher Absatzführung, 2. Aufl., Bern und Stuttgart 1974 (Zitierweise: Grundlagen), S. 108.
 - 6) So z.B. Weinhold-Stünzi: Grundlagen, S. 108; Kalusis, Demetre: Markt-orientierte Absatzpolitik, Wien-New York 1970 (Zitierweise: Absatzpolitik), S. 1.

zieht.¹⁾²⁾

Das Problem, ob der Begriff der Absatzpolitik nur für Entscheidungen gewählt werden soll, die die Unternehmensleitung in "grundsätzlicher Weise" trifft, oder ob jede Entscheidung im Absatzbereich zur Absatzpolitik zählt, muß für die vorliegende Arbeit nicht gelöst werden, da die gesamte Betriebsführung bei Apotheken als Einzelunternehmungen i.d.R. in einer Hand vereinigt ist.³⁾ Daher ist unter einer Absatzpolitik in Apotheken - in Anlehnung an die allgemeine Definition von Sandig⁴⁾ - die Festlegung von Zielen und Verhaltensweisen durch den Apothekenleiter im Hinblick auf die Gestaltung des Absatzes der Apotheke zu verstehen.⁵⁾ Nicht zur Absatzpolitik der Unternehmung Apotheke gehören bei einer derartigen Definition die Mittelentscheidungen der im Betrieb Beschäftigten bei der Umsetzung der vom Leiter vorgegebenen Ziele und operativen Handlungsprinzipien in einzelne, konkret gestaltete Aktionen.

Besonders große Diskrepanzen bestehen in der Literatur auch hinsichtlich der Auslegung des Begriffes "Marketing".⁶⁾ Im Rah-

-
- 1) So etwa Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 107; Sandig: Betriebswirtschaftspolitik, S. 184.
 - 2) Zu der Trennung in Ziel- und Mittelentscheidungen vgl. etwa Bidlingmaier, Johannes: Unternehmerziele und Unternehmerstrategien, Wiesbaden 1964 (Zitierweise: Unternehmerziele), S. 17 ff. sowie die hier zitierte Literatur.
 - 3) Vgl. hierzu im einzelnen die Ausführungen auf S. 36 ff. dieser Arbeit.
 - 4) Vgl. Sandig: Betriebswirtschaftspolitik, S. 184.
 - 5) Im Gegensatz zu Sandig wird in der vorliegenden Arbeit allerdings auch die Festlegung von Zielsetzungen als eine Entscheidung angesehen (so auch Oettle, Karl: Über den Charakter öffentlich-wirtschaftlicher Zielsetzungen. In: Oettle, Karl, Grundfragen öffentlicher Betriebe, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 14, Baden-Baden 1976, Bd. I (Zitierweise: Zielsetzungen), S. 18 ; zur Zielbestimmung als Entscheidungsproblem auch: Bidlingmaier, Johannes: Zielkonflikte und Zielkompromisse im unternehmerischen Entscheidungsprozeß, Wiesbaden 1968 (Zitierweise: Zielkonflikte), S. 22 f.).
 - 6) Vgl. hierzu etwa Nieschlag, Robert: Was bedeutet die Marketing-Konzeption für die Lehre von der Absatzwirtschaft? In: Fischer-Winkelmann, Wolf F.: Marketing. Ideologie oder operable Wissenschaft? München 1972, S. 136 f. (Zitierweise: Marketing-Konzeption). Vgl. auch die Kommission zur Förderung der handels- und absatzwirtschaftlichen Forschung: Katalog E - Begriffsdefinitionen aus der Handels- und Absatzwirtschaft, 2. Ausgabe, o.O. (Köln) 1975, S. 9.

men der vorliegenden Arbeit soll Marketing - beschränkt auf den Bereich der Absatzwirtschaft und damit allein "Absatzmarketing" - denjenigen Teil der Absatzpolitik betreffen, der sich mit der Festlegung der Verhaltensweisen im Hinblick auf die Gestaltung des Absatzes der Apotheke beschäftigt. So kann Marketing als eine spezifische Methode zur Erreichung der aus den betrieblichen Oberzielen abgeleiteten absatzwirtschaftlichen Zielsetzungen einer Unternehmung angesehen werden.¹⁾ Diese Methode gilt es, im folgenden anhand einer Definition von Marketing zu präzisieren. Einerseits hat sich nämlich die Anwendung von Marketing zur Erfüllung absatzpolitischer Aufgaben zweifellos außerordentlich gut bewährt,²⁾ so daß seine Konzeption auch in der vorliegenden Arbeit zum Einsatz kommen soll. Andererseits muß eine weitverbreitete Fehlvorstellung von Marketing ausgeräumt werden, die darin besteht, daß darunter landläufig eine unseriöse, aggressive Vermarktungstechnik verstanden wird, die um jeden Preis Absatzsteigerungen erzielen will ("hard selling").³⁾ Diese Ansicht hat nicht zuletzt dazu geführt, daß die Anwendung moderner Marketing-Methoden in weiten Kreisen der Apothekerschaft als nicht standesgemäß angesehen wird.⁴⁾

Unter Marketing ist eine systematische, an den Zielen und Lebensbedingungen⁵⁾ der Unternehmung ausgerichtete Strategie der

-
- 1) "Marketing meint ein technologisches Instrumentarium, das zwecks möglichst optimaler Erreichung organisationaler Oberziele zum Einsatz kommt" (Raffée, Hans: Bedarfslenkendes Marketing öffentlicher Unternehmungen. In: ZögU, Bd. 2, H. 2, 1979 (Zitierweise: Bedarfslenkendes Marketing), S. 128;
 - 2) Vgl. ebenso Raffée: Bedarfslenkendes Marketing, S. 127.
 - 3) Zu verbreiteten Mißverständnissen über den Begriff des Marketing vgl. etwa Kotler, Philip: Marketing für den öffentlichen Bereich. In: Die Betriebswirtschaft, 39.Jg. (1979) (Zitierweise: Öffentlicher Bereich), S. 421 ff.
 - 4) Vgl. etwa o.V.: Die Wehwehchen der Apotheker. In: absatzwirtschaft, Heft 6/1978 (Zitierweise: Wehwehchen), S. 16 f.
 - 5) Bewußt wurde anstatt des an dieser Stelle der Definition weitverbreiteten Begriffes "Marktgegebenheiten" oder ähnlichem der Terminus "Lebensbedingungen" gewählt, um eine einseitige Ausrichtung der Absatzpolitik nur auf marktliche Lebensbedingungen zu vermeiden. Damit soll auf die zunehmende Bedeutung staatspolitischer Lebensbedingungen für die Unternehmenspolitik aufmerksam gemacht und auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, Chancen und Risiken der Veränderung politisch gesetzter Daten für die Erreichung von Zielen in der Betriebsführung zu berücksichtigen (vgl.

Marktbildung und -beeinflussung zu verstehen.¹⁾ Durch diese Formulierung wird einerseits auf die grundlegende Bedeutung einer systematisch-integrativen Entscheidungsfindung hingewiesen; außerdem wird die aktive Einwirkung auf die Absatzmärkte betont.²⁾ Andererseits wird verdeutlicht, daß die weitverbreitete Meinung, der Einsatz von Marketing habe Nachfrage zu schaffen bzw. auszuweiten oder zumindest aufrecht zu erhalten, als viel zu eng betrachtet wird. Es kann vielmehr ganz allgemein Aufgabe des Marketing-Management sein, "das Niveau, die zeitlichen Aspekte und die Art der Nachfrage auf einem /Markt/ oder mehreren Märkten einer Organisation zu regulieren."³⁾

Eine solche Auffassung erlaubt auch eine Berücksichtigung neuerer Ansätze der Marketing-Theorie,⁴⁾ die eine stärkere Integration humaner, sozialer und ethischer Ziele in das Konzept

zur zunehmenden Bedeutung staatspolitischer Lebensbedingungen: Oettle, Karl: Die Betriebswirtschaftslehre vor der zunehmenden Bedeutung staatspolitischer Lebensbedingungen der Unternehmenswirtschaft. In: Steuerlast und Unternehmenspolitik. Festschrift für Kuno Barth zum 65. Geburtstag, hrsg. v. Karl Oettle, Stuttgart 1971 (Zitierweise: Lebensbedingungen), S. 23 ff.).

- 1) Diese Definition lehnt sich vor allem an die Definition von Hansen an. Vgl. Hansen: Einzelhandelmarketing, S. VI. Vgl. auch die Definition von Meissner, Hans Günther: Thematische Einführung. In: Eiteneyer, Helmut/Meissner, Hans Günther (Hrsg.), Marketing öffentlicher Unternehmungen, Dortmund 1978, S. 16.
- 2) Zu diesen beiden Merkmalen der Marketinglehre vgl. z.B. Petermann, Günter: Aktuelle Probleme des Marketing im Handel. In: Bidlingmaier, Johannes (Hrsg.), Modernes Marketing - Moderner Handel, Karl Christian Behrens zum 65. Geburtstag, Wiesbaden 1972 (Zitierweise: Marketing im Handel), S. 485.
- 3) Kotler, Philip: Marketing für Nonprofit-Organisationen. Deutsche Übersetzung von Heidi Reber und Gerhard Reber, Stuttgart 1978 (Zitierweise: Nonprofit-Organisationen), S. 79 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen); vgl. hierzu im einzelnen auch Kotler: Öffentlicher Bereich, S. 423 f.
- 4) Eine Übersicht über verschiedene Marketing-Konzepte bietet z.B. Hahne, Dietrich: Marketing in Entwicklungsländern, Diss. München 1979, S. 64 ff.; siehe auch Meffert, Heribert: Marketing heute und morgen. In: Marketing heute und morgen - Entwicklungstendenzen in Theorie und Praxis, hrsg. v. Heribert Meffert, Wiesbaden 1975, S. 13 ff.; Fischer-Winkelmann, Wolf F./Rock, Reinhard (Hrsg.): Markt und Konsument. Zur Kritik der Markt- und Marketing-Theorie. Teilband II: Kritik der Marketing-Theorie, München 1976, S. 131 ff.

des Marketing fordern.¹⁾ Diese Ansätze basieren u.a. auf der Erkenntnis, daß zwei wesentliche Prämissen des traditionellen Marketing-Konzeptes, nämlich funktionierender Wettbewerb sowie weitgehende Konsumentensouveränität, in der Realität im allgemeinen nicht vorhanden sind.²⁾ Ließe sich hierüber bei manchen Wirtschaftszweigen noch streiten,³⁾ so ist die genannte Erkenntnis im Bereich des Gesundheitswesens nicht zu bezweifeln. Hier herrscht nicht einmal Konsumfreiheit bzw. Wahlfreiheit in der Versorgung,⁴⁾ d.h. der Verbraucher besitzt nicht die Möglichkeit der letztendlichen Entscheidung über seinen Bedarf und dessen Deckung. Diese Entscheidung wird vielmehr in den meisten Fällen ein Arzt treffen.

So geht es im Gesundheitswesen für öffentliche wie für private Unternehmungen mit öffentlichem Versorgungsauftrag keinesfalls allein (oder auch nur überwiegend) darum, sich an gegebenen Bedürfnissen zu orientieren und Mittel zu ihrer Deckung nach den faktischen Vorstellungen der Bedarfsträger bereitzustellen. Vielmehr muß hier das mit dem Marketinggedanken einer zieladäquaten, aktiven Marktbeeinflussung verbundene Konzept einer Bedarfssteuerung in den Mittelpunkt wirtschaftlicher Überlegungen gestellt werden. Ein Gesundheitsmarketing hat sich daher vor allem gesamtgesellschaftlichen Zielen des Angebots von Leistungen, die der Gesundheitserhaltung und -wiederherstellung dienen, sowie Zielen einer insbesondere an medizinischen Erfordernissen ausgerichteten Bedarfsformung zu

-
- 1) Vgl. die in Fußnote 4) auf S. 12 genannten Quellen sowie z.B. Biervert, Bernd: Marketing und Verbraucherpolitik. In: Meyer, Paul W./Hermanns, Arnold (Hrsg.), Praxisorientiertes Marketing, Stuttgart et al. 1976, S. 140 ff.; Weinhold-Stünzi, Heinz: Marketing in neuen Dimensionen? In: Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz und Handel der Hochschule St.Gallen, Heinz Weinhold-Stünzi, Zürich 1978, insbes. S. 17 ff.
 - 2) Vgl. vor allem zu letzterem etwa: Heinen, Edmund: Käufersouveränität. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 951 ff.; Kroeber-Riel, Werner: Das verfehlte Leitbild der Verbraucherpolitik. In: Fischer-Winkelmann/Rock (Hrsg.), op.cit., S. 109 ff.; Raffée, Hans: Marketing und Umwelt, Stuttgart 1979 (Zitierweise: Umwelt), S. 16 ff.
 - 3) Vgl. hierzu die Gegenüberstellung verschiedener Meinungen bei Fischer-Winkelmann, op.cit., S. 71 ff.
 - 4) Vgl. zum Begriff der Konsumfreiheit aus christlich-ethischer Sicht: Kramer, Rolf: Die Christliche Verantwortung in der sozialen Marktwirt-

unterwerfen.¹⁾ Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, daß die Formulierung solcher Ziele einen politischen Akt darstellt, der auf ethisch begründeten Wertvorstellungen basiert.²⁾ Im Gesundheitswesen tritt daher das als Grundlage für den Verbraucherschutz zu entwickelnde "Leitbild vom hilfsbedürftigen Konsumenten"³⁾, der "vor Unfähigkeit, Leichtfertigkeit oder rücksichtslosem Egoismus im Umgang mit .. seiner Gesundheit"⁴⁾ geschützt werden muß, als besonders bedeutsam hervor. Einerseits kann Gesundheit nämlich als das höchste individuelle Gut jedes einzelnen Menschen angesehen werden, andererseits sind die Kenntnisse über Ursachen, Verlauf und Therapiemöglichkeiten von Krankheiten in der Verbraucherschaft äußerst gering und die Folgen fehlerhaften gesundheitlichen Verhaltens möglicherweise sehr schwerwiegend.

Zuletzt ist noch auf den Begriff der (öffentlichen) Apotheke einzugehen. Hierbei kann auf das Apothekengesetz zurückgegriffen werden,⁵⁾ das für alle Erscheinungsformen von Apotheken gilt. Diese sind (a) Vollapotheken, deren Wesen darin besteht,

schaft, Stuttgart 1973, S. 218. Zum Begriff der Wahlfreiheit der Versorgung vgl. Seyffert, Rudolf: Wirtschaftslehre des Handels, 5. Aufl., hrsg. v. Edmund Sundhoff, Opladen 1972 (Zitierweise: Wirtschaftslehre), S. 380.

- 1) Vgl. zu solchen Zielen, über das Gesundheitswesen hinausgehend, in allgemeiner Weise: Thiemeyer, Theo: Gemeinwirtschaftlichkeit als Ordnungsprinzip - Grundlegung einer Theorie gemeinnütziger Unternehmen, Berlin 1970 (Zitierweise: Gemeinwirtschaftlichkeit), S. 183 ff.; Specht, Günter: Öffentliche Güter, Marketing für. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1567. Zu der Aufgabe einer Bedarfslenkung für das Marketing im öffentlichen Bereich vgl. Raffée: Bedarfslenkendes Marketing, S. 127.
- 2) "Öffentliches Marketing muß aus diesem Grunde als ein ideelles Konzept mit einem hohen ethisch-normativen Anspruch an Staat und Bürger eingestuft werden" (Hanusch, Horst/Reichardt, Raimund M.: Marketing - Eine Konzeption für Markt und Staat? In: Archiv für öffentliche und freigemeinnützige Unternehmen, Bd. 11, Göttingen 1979, S. 59). Eine wesentliche Forderung an jede wissenschaftliche Arbeit im Gesundheitswesen lautet daher, derartige Werturteile in der Diskussion offenzulegen.
- 3) Kroeber-Riel: Konsumentenverhalten, S. 598 (Hervorhebungen vom Veriasser nicht übernommen).
- 4) Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 548.
- 5) Vgl. Gesetz über das Apothekenwesen vom 20. August 1960 (BGBl. I, 697) (Zitierweise: Apothekengesetz [ApoG]), abgedruckt in: Schiedermaier, Rudolf/Pieck, Johannes: Apothekengesetz. Kommentar und Materialien, 2. Aufl., 1. Ergänzungslieferung, Stand: April 1978, Frankfurt/Main 1978.

"daß sie hinsichtlich der Betriebsräume und Einrichtung alle Anforderungen der Apothekenbetriebsordnung erfüllen und daher über die volle Leistungsfähigkeit verfügen."¹⁾ Wenn die Apotheke der Bevölkerung offen steht, "handelt es sich um eine öffentliche Apotheke."²⁾ "Die öffentliche Vollapotheke stellt den Normaltyp der Apotheke dar."³⁾ Wenn in der vorliegenden Arbeit von Apotheken allgemein die Rede ist, sind immer diese öffentlichen Vollapotheken gemeint. Das Wesen einer Apotheke ergibt sich dabei aus dem öffentlichen Auftrag zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittellversorgung der Bevölkerung.⁴⁾

Weiterhin gibt es (b) Krankenhausapotheken, die nur der Versorgung von Krankenhäusern dienen und deren Inhaber der jeweilige Krankenhausträger ist. Zu nennen sind außerdem (c) Lazarettapotheken zur Versorgung von Bundeswehrangehörigen, (d) Zweigapotheken und (e) Notapotheken, wobei die beiden letzten Typen nur bei Vorliegen eines Notstandes in der Arzneimittellversorgung errichtet werden dürfen und daher gegenwärtig keine Bedeutung besitzen.⁵⁾

D. AUFBAU DER UNTERSUCHUNG

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in die Teilbereiche einer deskriptiven und einer handlungsorientierten Untersuchung absatzwirtschaftlicher Problemstellungen in Apotheken. Kernstück ist dabei eine absatzpolitische Handlungsanalyse, zu der der konstatierende Teil hinführt.

In einem ersten Arbeitsschritt werden die Eigenarten herausgestellt, die der Institution Apotheke in der Bundesrepublik

1) Schiedermair/Pieck, op.cit., S. 94 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

2) Ibid., S. 94.

3) Ibid., S. 94.

4) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 32 ff. dieser Arbeit.

5) Vgl. hierzu ausführlich Schiedermair/Pieck, op.cit., S. 94 ff. Im Jahre 1979 existierten im Bundesgebiet insgesamt nur 27 Zweigapotheken (vgl. Hügel, Herbert (Bearb.): Apotheker-Jahrbuch 1980, Stuttgart o.J. (1980), S. 498).

Deutschland im Vergleich zu anderen Unternehmen anhaften.¹⁾ Sie liegen einerseits in der besonderen Stellung der Apotheke als einem Glied des öffentlichen Gesundheitswesens begründet. Andererseits ergeben sie sich aus spezifischen Anforderungen, die an unternehmerisches Handeln bei der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen in einer humanitären Gesellschaft gestellt werden.

Im zweiten Kapitel ist der marktliche Rahmen für absatzwirtschaftliches Handeln in Apotheken zu beschreiben. Während das erste Kapitel lediglich aufgrund der spezifischen Eigenarten der Apotheke formuliert werden mußte und sein Inhalt teilweise auch über eine absatzpolitische Themenstellung hinausgeht,²⁾ ist eine Analyse der jeweiligen Marktstrukturen und deren Entwicklung speziell auf die absatzwirtschaftliche Problematik der Untersuchung abgestimmt. Nach einer Definition der relevanten Märkte werden dabei Bedarfs- und Konkurrenzstrukturen sowie die Situation auf den Beschaffungsmärkten erläutert.

Einen Übergang zwischen dem deskriptiven und dem aktionsanalytischen Teil stellt das dritte Kapitel dar. Es dient der Erörterung der Maßstäbe, die an den Einsatz absatzpolitischer Instrumente angelegt werden; d.h. hier wird ein absatzpolitisch relevantes Zielsystem aufgestellt. Dabei kann die vorliegende Arbeit lediglich Zielkategorien entwickeln, die in ihren absatzwirtschaftlichen Ausprägungen und gegenseitigen Beziehungen dargestellt werden. Die Konkretisierung einzelner absatzpolitischer Ziele hinsichtlich Ausmaß, zeitlichem Bezug und gegenseitigem Verhältnis muß jeder Apotheker individuell für seinen Betrieb vornehmen.

1) Vor einer Erforschung von Marktstrukturen und deren Entwicklung ist es notwendig, sich darüber klar zu werden, welche Besonderheiten die betrieblichen Leistungen und die sie erbringenden Unternehmen, mit denen man es zu tun hat, aufweisen (vgl. Schäfer, Erich/Knoblich, Hans: Grundlagen der Marktforschung, 5. Aufl., Stuttgart 1978, S. 71).

2) Auf seine Erarbeitung kann jedoch nicht verzichtet werden; denn nur "wer die vollen Zusammenhänge kennt, in denen er handeln will, vermag rationale Politik zu treiben" (Oettle, Karl: Verkehrspolitik, Stuttgart 1967, S. 10).

Das vierte Kapitel ist einer absatzpolitischen Handlungsanalyse gewidmet. Zuerst wird die Gliederung der absatzwirtschaftlichen Funktion von Apotheken in einzelne Handlungsbereiche geklärt. Anschließend werden Probleme des Abstraktionsgrades von "operativen Handlungsprinzipien" erörtert. Als Aktionsbereiche sind in der vorliegenden Arbeit zweckmäßigerweise Standortpolitik, Sortimentspolitik, Produktgestaltung, Preis- und Kreditpolitik, Angebotsorganisation und Werbung zu unterscheiden. Dabei darf nicht übersehen werden, daß die theoretische Abgrenzung einzelner Teilbereiche der Absatzpolitik teilweise zu Überschneidungen, Wiederholungen und Zuordnungsschwierigkeiten führt. Die Gliederung muß sich jedoch letztendlich an pragmatischen Gesichtspunkten einer möglichen Gestaltung der Wirklichkeit orientieren, wenn sie der Zielsetzung der Arbeit gerecht werden will. Sämtliche Handlungsbereiche sind so aufgebaut, daß zuerst ihr spezifischer Handlungsrahmen sowie ihre Zielsetzungen erläutert und anschließend praktische Handlungsmöglichkeiten erarbeitet werden, die den Rahmen ausfüllen und mit denen die Ziele (bestmöglich) erreicht werden sollen.

Isolierte Handlungsprinzipien in einzelnen Bereichen der Absatzpolitik ergeben noch keine effiziente Gesamtstrategie auf den Absatzmärkten. Die genannten Prinzipien werden daher in jedem Aktionsbereich zu Teilstrategien, im letzten Kapitel zu umfassenden absatzpolitischen Gesamtstrategien kombiniert, wobei drei Strategietypen unterschieden werden, die auf die markt- und betriebsspezifische Situation der meisten Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland zugeschnitten sind.

Erstes Kapitel

DIE APOTHEKE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND ALS GLIED DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSWESENS

Es ist ein verbreitetes, aber unzulässiges Verfahren, einmal gewonnene betriebswirtschaftliche Grundsätze und Maßstäbe in verschiedenen Wirtschaftsgebilden oder Typen von Betrieben gleichermaßen anzuwenden.¹⁾ Diese Vorgehensweise vernachlässigt nämlich die Tatsache, daß sich Wirtschaftsgebilde einerseits durch ihre Zugehörigkeit zu bestimmten Wirtschaftszweigen und -räumen, andererseits "durch ihre organisatorische Form und die in ihnen nachhaltig wirkenden geistig-seelischen Kräfte"²⁾ voneinander unterscheiden. So wäre es irrational, z.B. betriebswirtschaftliche Instrumente, deren Einsatz die Ziele bestimmter Betriebe oder Typen von Betrieben erreichen helfen soll, unverändert auf Betriebe zu übertragen, deren "gesellschaftlich und weltanschaulich bedingte Zielsetzung des betrieblichen Wirtschaftens ..."³⁾ andere Ausprägungen aufweist.⁴⁾

-
- 1) Zur Kritik an einem derartigen Vorgehen vgl. etwa Oettle, Karl: Betriebserfolge in der privaten und in der öffentlichen Wirtschaft. In: Oettle, Karl, Grundfragen öffentlicher Betriebe I, op.cit. (Zitierweise: Betriebserfolge), S. 37; derselbe: Die Dienstbereitschaft in einzelwirtschaftlicher und gesamtwirtschaftlicher Sicht. In: Dienstleistungen in Theorie und Praxis, Otto Hintner zum 70. Geburtstag, hrsg. v. Hanns Linhardt, Peter Penzkofer und Peter Scherpf, Stuttgart 1970 (Zitierweise: Dienstbereitschaft), S. 16 f.
 - 2) Weisser, Gerhard: Form und Wesen der Einzelwirtschaften. Theorie und Politik ihrer Stile, 1. Bd., 2. Aufl., Göttingen 1949 (Zitierweise: Einzelwirtschaften), S. 8.
 - 3) Oettle, Karl: Gutenbergs "Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre" - Eine Stellungnahme zum Methodenstreit in der Betriebswirtschaftslehre unter besonderer Berücksichtigung der Frage des Bedeutungswertes der "Grundlagen" für die Fortentwicklung des Faches - Unveröff. Tübinger Diss. 1956, S. 18; vgl. hierzu auch Gutenberg, Erich: Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, 1.Bd., Die Produktion, 23. Aufl., Berlin et al. 1979 (Zitierweise: Die Produktion), S. 457 ff.
 - 4) So stellt auch Raffée in bezug auf das Marketing fest: "Marketing öffentlicher Betriebe bzw. nicht-kommerzielles Marketing wird nur dann erfolgreich sein ..., wenn es an den besonderen Bedingungen dieser Institutionen orientiert ist und weder im Bereich der Marketingziele noch im Bereich der Marketinginstrumente die Marketingpraxis kommerzieller Unternehmungen unkritisch übernimmt" (Raffée, Hans: Marketing als Führungskonzeption von Organisationen - Modernes Marketing und seine Bedeutung für die Deutsche Bundespost. In: Archiv für das Post- und Fernmeldewesen, 33.Jg. (1981) (Zitierweise: Führungskonzeption), S. 5).

Solche Unterschiede existieren nicht nur zwischen Betrieben, die verschiedenen Wirtschaftssystemen angehören, sondern auch innerhalb des Systems einer sozialen Marktwirtschaft. Wesentliche Erkenntnisfortschritte in der betriebswirtschaftlichen Forschung sind daher nur bei einer zweckmäßigen Differenzierung der Erscheinungsformen von Betrieben zu gewinnen.¹⁾

Ließen sich alle Merkmale der Absatzpolitik oder des Marketing privatwirtschaftlicher Handelsunternehmungen unverändert von Apotheken übernehmen, so könnte gegen die vorliegende Arbeit eingewendet werden, sie trage nur in geringem Maße zum wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt bei, weil sie lediglich handelsbetriebliche Literatur kopiere, indem sie diese auf eine bestimmte (Handels-)Branche anwende. Verständlich wäre bei einer undifferenzierten Übertragung kommerzieller Marketingkonzepte auf Apotheken auch eine ablehnende Haltung gegenüber dieser Untersuchung in weiten Kreisen der Apothekerschaft. Es ist daher zu zeigen, daß in der vorliegenden Arbeit nicht Absatzpolitik schlechthin beschrieben werden soll, sondern ein ganz bestimmter Typ von Absatzpolitik zu untersuchen ist, der auf den besonderen Eigenarten der Institution "Apotheke" basiert und die absatzpolitische Tätigkeit des Apothekers nicht nur an privatunternehmerischen Zielen wie Gewinn, Umsatz, Marktanteil etc. sondern etwa auch an ihrem Beitrag zu einer "ordnungsgemäßen" Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen ausrichtet.

A. EIGENARTEN DER VERSORGUNG MIT GESUNDHEITSLEISTUNGEN, INSBESONDERE MIT ARZNEIMITTELN

Die Suche nach spezifischen Prinzipien der betrieblichen Führung, insbesondere im Bereich des Absatzes, muß auf der Grundlage von Eigenarten vorgenommen werden, die den zu erbringenden betrieblichen Leistungen anhaften. Gerade im Bereich der Absatz-

1) Vgl. Schäfer, Erich: Grundfragen der Betriebswirtschaftslehre. In: HdW, Band I, hrsg. v. Karl Hax und Theodor Wessels, 2. Aufl., Köln und Opladen 1966, S. 32.

wirtschaft existiert nämlich eine Fülle von Besonderheiten in Waren und Dienstleistungen bzw. auf Märkten.¹⁾ "Wer ... absatzpolitische Entscheidungen auszuarbeiten oder auch nur zu beurteilen hat, der muß seinen Sinn öffnen für die Differenzierungen und für die wesentlichen Eigenarten des jeweiligen Falles."²⁾ Um hierbei eine unübersichtliche Anhäufung von Untersuchungen für jede einzelne Art des Produktabsatzes zu vermeiden, kann als praktikable Vorgehensweise die typologische Methode angewendet werden.³⁾

1. Arzneimittel als Güter besonderer Art

Das Leistungsprogramm von Apotheken umfaßt Dienstleistungen und materielle Güter bzw. Waren. Dabei besteht das Warenpotential zum großen Teil aus Arzneimitteln. Der Versuch, Arzneimittel in allgemeinen, herkömmlichen warentypologischen Katalogen einem der dort unterschiedenen Typen zuzuordnen, muß jedoch scheitern oder zumindest zu groben, für eine wissenschaftliche Analyse gefährlichen Vereinfachungen führen. Arzneimittel sind eine "Ware besonderer Art"⁴⁾, was sie zu einem spezifischen, nur isoliert zu untersuchenden Warentyp macht.⁵⁾ Dies ist im folgenden noch näher zu begründen.

"Arzneimittel sind Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen Körper

1. Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen,

1) Vgl. Schäfer: Absatzwirtschaft, S. 289.

2) Ibid., S. 289.

3) Vgl. ibid., S. 289; Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 61 ff.; Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 131 ff.; Knoblich, Hans: Betriebswirtschaftliche Warentypologie, Köln und Opladen 1969 (Zitierweise: Warentypologie), insbes. S. 42 ff.

4) Vgl. für viele: Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 1964 (BVerfGE 17, 232), auszugsweise abgedruckt in: Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 409 f.

5) So auch Batzer, Erich/Greipl, Erich/Laumer, Helmut/Meyerhöfer, Walter unter Mitarbeit von Geml, Richard: Marktstrukturen und Wettbewerbsverhältnisse im Einzelhandel, Berlin-München 1971, S. 199.

2. die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktionen des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen,
3. vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten zu ersetzen,
4. Krankheitserreger, Parasiten oder körperfremde Stoffe abzuwehren, zu beseitigen oder unschädlich zu machen oder
5. die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände zu beeinflussen." (1)

Ohne auf die Schwierigkeit einer Abgrenzung von Arzneimitteln zu Lebensmitteln, kosmetischen Mitteln, Körperpflegemitteln etc. im Einzelfall einzugehen²⁾ sowie das Problem einer praktikablen Definition von Gesundheit oder Krankheit zu diskutieren,³⁾ ist festzuhalten, daß Arzneimittel medizinischen Zwecken dienen und damit allgemein zur Erhaltung und/oder Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Linderung von Leiden bzw. Unpäßlichkeiten beitragen sollen. Medikamente sind Waren mit einer Sozialbindung, "da man Gesundheit im gegebenen sozio-kulturellen Rahmen als ein sehr komplexes öffentliches Gut interpretieren kann, von dessen 'Konsum' niemand ausgeschlossen werden darf."⁴⁾ So gilt es, auch einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen und solchen in entlegenen Gebieten eine Versorgung mit Arzneimitteln zu bieten.⁵⁾

-
- 1) Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24. August 1976 (BGBl. I, 2445), Art. 1 (Arzneimittelgesetz [AMG]), § 2, Abs. 1, abgedruckt in: Kloesel, Arno/Cyran, Walter: Arzneimittelrecht, Kommentar, 3. Aufl. mit 15. Ergänzungslieferung, Stand: 1. Oktober 1980, Stuttgart 1981, Blatt 1 f.
 - 2) Vgl. hierzu z.B. Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 9a ff.
 - 3) Vgl. hierzu z.B. Kienle, Gerhard: Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft, Stuttgart-New York 1974, S. 255 ff.
 - 4) Nord, Dietrich: Steuerung im Gesundheitswesen. Systemanalyse der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt/Main 1979 (Zitierweise: Steuerung), S. 39; zur Gesundheit als einem kollektiven Gut vgl. Herder-Dorneich, Philipp: Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen - Die Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung, Köln-Opladen 1976 (Zitierweise: Gesundheitswesen), S. 34.
 - 5) Vgl. Berger, Matthias: Die Arzneimittelversorgung durch Apotheken, Berlin 1974, S. 13.

Da der Konsument mit der Anwendung eines Arzneimittels im allgemeinen ein Gesundheitsproblem lösen will, ergibt sich für ihn die Situation, daß der bloße Erwerb eines Medikamentes i.d.R. noch keinerlei Bedürfnisbefriedigung auslösen kann, wie dies bei vielen anderen Konsumgütern der Fall ist.¹⁾ Es muß vielmehr eine subjektive Wirkung zum Kauf hinzutreten,²⁾ so daß sich ein Gesundheitsbedürfnis i.d.R. nicht in einem Präparat an sich konkretisiert, sondern in dessen Beitrag zur Lösung eines Gesundheitsproblems, d.h. in dessen Wirkung auf so schwer faßbare Phänomene wie Leistungsfähigkeit, Wohlbe- finden, Schönheit, Schlankheit etc.^{3) 4)} Dies gilt gleicher- maßen für andere Sachgüter und Dienstleistungen, die gesund- heitlichen (z.B. präventiven) Zwecken dienen sollen.⁵⁾

Eine weitere Besonderheit der Ware Arzneimittel resultiert aus der hohen pharmakologisch-therapeutischen Intransparenz ihrer Märkte. "Für den Konsumenten - einschließlich des Arz- tes als Agenten des Konsumenten - ist es schwierig, in einer komplexen und sich innovatorisch ständig ändernden Konsum- technologie effizient auszuwählen."⁶⁾ Diese Unsicherheit in der Wahl der medikamentösen Therapie wird noch verstärkt durch die Tatsache, daß eine Arzneiform an sich keinerlei Merkmale aufweist, die Anhaltspunkte zu ihrer Beurteilung geben könn-

1) Vgl. Falk, op.cit., S. 69.

2) Vgl. ibid., S. 69.

3) Vgl. ähnlich Liefmann-Keil, Elisabeth: Der Arzneimittelmarkt im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt/ Main 1973, S. 13.

4) Dieser Besonderheit trägt auch die o.a. gesetzliche Arzneimitteldefini- tion Rechnung, wenn sie weniger auf die objektive Zusammensetzung der Präparate als vielmehr auf deren Zweckbestimmung abstellt (vgl. Kloesel/ Cyran, op.cit., Blatt 3 f.).

5) Zu den Besonderheiten gesundheitlicher Dienstleistungen vgl. Herder- Dorneich, Philipp: Gesundheitsökonomik - Systemsteuerung und Ordnungs- politik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980 (Zitierweise: Gesundheits- ökonomik), S. 4 ff.

6) Ruhr, Paul-Albert: Markttransparenz auf dem Arzneimittelmarkt - Ein konsumtheoretischer Ansatz, Frankfurt/Main-Bern-Las Vegas 1978, S. 41.

ten.¹⁾ Daß die einem Arzneimittel beigefügten Informationen zumindest dem medizinisch bzw. pharmakologisch nicht vorgebildeten Patienten keine ausreichende Grundlage geben, diese Unsicherheit zu reduzieren, wird noch ausführlich erörtert.²⁾ Selbst nach der Applikation vieler Medikamente ist eine faktische Beurteilung ihrer Wirkung nicht immer gegeben, weil diese entweder vom Patienten überhaupt nicht oder erst nach einer langen Zeit bemerkt wird.³⁾ Hinzu kommt, daß nicht selten Wirkungen auftreten, "die durch die Einbildung des Patienten hervorgerufen werden (Placebo-Effekt)."⁴⁾ Dies führt zu einer besonderen Bedeutung der irrationalen Komponente im Verhalten von Konsumenten⁵⁾ bei der Nachfrage nach Gesundheitsgütern, insbesondere nach Arzneimitteln.

"Arzneimittel werden i.d.R. von Verbrauchern benötigt, die sich in einer körperlichen und/oder seelischen Ausnahmesituation befinden. Monetärer Wert und individuelle Nutzenerwartungen sind somit inkommensurabel."⁶⁾ Hinzu kommt die häufig hohe Dringlichkeit des Bedarfs an Pharmazeutika, die darin begründet liegt, "daß aktuelle Gesundheitsbedürfnisse sofort befriedigt werden müssen und von daher die Arzneimittelnachfrage i.d.R. nicht aufschiebbar ist."⁷⁾ Die Folgen, die sowohl ein nicht befriedigter

1) Vgl. auch Schmige, Georg: Ärzterwerbung zwischen Information und Manipulation. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräbelfing o.J. (1974), S. 117.

2) Vgl. S. 219 f. dieser Arbeit.

3) Vgl. Schmige, op.cit., S. 117.

4) Ibid., S. 118; vgl. zum Placebo-Effekt ausführlich Kienle, op.cit., insbes. S. 175 ff.

5) Vgl. hierzu allgemein etwa Katona, George: Die Macht des Verbrauchers, Düsseldorf-Wien 1962, insbes. S. 194 ff.

6) Friesewinkel, Harald/Abt, René: Das pharmazeutische Marketing, Kulmbach 1976, S. 91; so auch Geßner, Hans-Jürgen: Werbung für Arzneimittel. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 835.

7) Düttmann, Renate: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 19, Baden-Baden 1978, S. 79.

Bedarf als auch eine qualitativ und/oder quantitativ "fehlerhafte" Bedarfsdeckung auslösen können, sind möglicherweise äußerst schwerwiegend für Gesundheit und Leben des Bedarfsträgers.¹⁾ Weiterhin ist zu beachten, daß die Anwendung von Medikamenten speziellen Risiken unterliegt, über die der Patient häufig nicht genügend unterrichtet ist und/oder die er im Interesse eines therapeutischen Erfolgs in Kauf nehmen muß.

Zu erwähnen ist auch die Tatsache, daß Arzneimittel - wie die meisten anderen Gesundheitsgüter - im allgemeinen keine (positiven) sozialen Qualitäten besitzen. "Soziale Qualität sei verstanden als Eignung eines Produktes, seinem Besitzer gesellschaftliche Anerkennung zu verschaffen."²⁾ Ein solcher Prestigegewinn kann ein wichtiges Kaufmotiv sein. Der Käufer eines Arzneimittels vermag jedoch i.d.R. kein soziales Ansehen bei seinen Mitmenschen zu gewinnen, zeigt sich bei ihm doch durch das (zumindest vermutete) Vorhandensein einer gesundheitlichen Störung, daß er sich in einem sozial unerwünschten Zustand befindet.³⁾ Dies mag auch die oft vorhandene Abneigung gegen das Aufsuchen einer Apotheke mit zu erklären.

Die genannten Eigenarten von Gesundheitsgütern, insbesondere von Pharmazeutika, deren Auflistung nicht den Anspruch der Vollständigkeit erhebt, bedingen ihre außerordentlich hohe Erklärungsbedürftigkeit. Sie stellen damit spezifische Anforderungen an die Träger einer Gesundheitsversorgung,⁴⁾ indem sie vor allem ihre Verpflichtung zu besonderer Sorgfalt bei der Herstellung, Lagerung und Abgabe von Medikamenten und anderen Gesundheitsgü-

1) Vgl. auch Dorn, Friedrich: Die Problematik der Arzneimittelabgabe und die Stellung von Apotheke, Drugstore und Drogerie, Diss. St. Gallen 1970, S. 63.

2) Hansen, Ursula/Leitherer, Eugen: Produktgestaltung, Stuttgart 1972, S. 25.

3) Zur sozialen Rolle des Kranken vgl. allgemein Parsons, Talcott: Struktur und Funktion der modernen Medizin, eine soziologische Analyse. In: Probleme der Medizin-Soziologie, hrsg. v. René König und Margret Tönniesmann, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, Köln-Opladen 1958, S. 16 ff.

4) Vgl. für viele: Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 1964, op.cit., S. 410.

tern sowie bei der Erbringung gesundheitlicher Dienstleistungen, insbesondere bei der Aufklärung des hilfsbedürftigen, unkundigen Patienten hinsichtlich Wirkungen und Risiken von Pharmazeutika aufzeigen. U.a. machen die besonderen Risiken der Arzneimitteltherapie und die negativen sozialen Qualitäten von Medikamenten aber auch deutlich, daß nicht selten andere Produkte (Körperpflegemittel, Kosmetika, Diätetika etc.) oder auch nur der Rat zu gesundheitsbewußtem Verhalten Mittel zur Lösung gesundheitlicher Probleme sein können. Diese Tatsachen werden konkrete Auswirkungen hinsichtlich der Ausgestaltung von absatzpolitischen Instrumenten zeitigen müssen.

2. Die Versorgung mit Arzneimitteln als öffentliche Aufgabe

"In der Bundesrepublik Deutschland gibt es keine anerkannte Theorie der öffentlichen Aufgaben".¹⁾ Öffentliche Aufgaben lassen sich weder wissenschaftlich herleiten noch ergeben sie sich von selbst; über sie "muß vielmehr staats- oder gemeindepolitisch entschieden werden".²⁾ Mit der Feststellung, daß auf einem bestimmten Gebiet ein öffentlicher Bedarf vorliegt oder, anders ausgedrückt, ein "öffentliches Interesse" an der Erfüllung einer bestimmten Aufgabe besteht,³⁾ ist allerdings noch nichts über die konkrete Ausprägung dieses Bedarfs

-
- 1) Wagener, Frido/Kirchhoff, Gerd: Forschungsprogramm Staatsorganisation, im Auftrage des Bundesministers des Innern ausgearbeiteter zweiter Entwurf, Speyerer Arbeitshefte 20, Speyer 1978, S. 12.
 - 2) Oettle, Karl: Ökonomische Ansätze zu einer Reform öffentlicher Leistungen. In: Reform öffentlicher Leistungen, hrsg. v. Horst Hanusch, Baden-Baden 1978, (Zitierweise: Reform), S. 28; vgl. auch Schmidt, Kurt: Kollektivbedürfnisse und Staatsläufigkeit. In: Haller, Heinz et al.: Theorie und Praxis des finanzpolitischen Interventionismus, Fritz Neumark zum 70. Geburtstag, Tübingen 1970, S. 20 ff. Eine ausführliche begriffliche Diskussion über "öffentliche" Aufgaben findet sich z.B. bei Kirberger, Wolfgang: Staatsentlastung durch private Verbände, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 30, Baden-Baden 1978, S. 54 ff.
 - 3) Vgl. Witte, Eberhard unter Mitwirkung von Hauschildt, Jürgen: Die öffentliche Unternehmung im Interessenkonflikt, Berlin 1966 (Zitierweise: Interessenkonflikt), S. 12.

bzw. dieser öffentlichen Aufgabe ausgesagt.¹⁾ Öffentliche Aufgaben müssen daher "durch politische Entschlüsse für den Einzelfall formuliert werden."²⁾ Hierbei kommt es auf ihre Übersetzung "in für den Betriebswirt operationale Kriterien an."³⁾ Bei nicht-operationaler Vorgabe öffentlicher Aufgaben muß die Betriebsleitung als Ersatz von sich aus konkrete betriebliche Zielsetzungen definieren.⁴⁾

Zu den Kategorien öffentlichen Bedarfs gehört es, den einzelnen Gesellschaftsmitgliedern Leben und Lebenschancen, wie z.B. Gesundheit, zu erhalten.⁵⁾ Das menschliche Leben wie die menschliche Gesundheit benötigen staatlichen Schutz vor einer Dominanz ökonomischer Interessen,⁶⁾ sollen "die Freiheiten, die eine marktwirtschaftliche Ordnung ermöglicht, aufrechterhalten

1) Vgl. dies am Beispiel des Bedarfsbegriffs im Gesundheitswesen bei Van der Bellen, Alexander: Öffentliche Unternehmen zwischen Markt und Staat, Köln 1977, S. 77.

2) Oettle: Zielsetzungen, S. 18; vgl. auch Oettle, Karl/Thiemeyer, Theo: Thesen über die Unterschiede zwischen privater Absatzpolitik und öffentlicher Angebotspolitik. In: Die öffentliche Wirtschaft, 18.Jg. (1969), S. 37 ff. (Zitierweise: Absatzthesen), These 10.

3) Thiemeyer, Theo: Wirtschaftslehre öffentlicher Betriebe. Reinbek bei Hamburg 1975 (Zitierweise: Wirtschaftslehre), S. 29; vgl. auch Bätz, Klaus: Administrative Preispolitik öffentlicher Unternehmen, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 38, Baden-Baden 1979, S. 84 ff.

4) Vgl. etwa Witte/Hauschildt: Interessenkonflikt, S. 45; hierzu und zur Problematik dieser Ersatzvornahme vor allem Oettle: Zielsetzungen, S. 22 f.

5) Vgl. z.B. Oettle, Karl: Kategorien des gegenwärtigen öffentlichen Bedarfs. In: Der öffentliche Haushalt - Archiv für Finanzkontrolle, 10.Jg. (1969), (Zitierweise: Öffentlicher Bedarf), S. 12; Kirberger, op.cit., S. 199. Nach herrschender Meinung leitet sich aus dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (vgl. Art. 2, Abs. 2 GG) auch ein Grundrecht auf Gesundheitsschutz ab (vgl. etwa Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 90).

6) Zur Kritik an einer Dominanz des Ökonomismus vgl. etwa Weisser, Gerhard: Die Überwindung des Ökonomismus in der Wirtschaftswissenschaft. In: Weisser, Gerhard, Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Göttingen 1978, S. 574 ff.; siehe auch Katterle, Siegfried: Methodenprobleme der praktischen (normativen) und der theoretischen (explikativen) Betriebswirtschaftslehre. In: ZfbF, 18.Jg. (1966), S. 290 ff.

bleiben..."¹⁾ Die Gewährleistung eines solchen Schutzes, die insbesondere eine jederzeitige Versorgung mit Gesundheitsleistungen für alle Bedarfsträger bewirken soll, ist eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens.

Ein Teil dieses Gesundheitswesens ist die Arzneimittelversorgung; denn die Nachfrage nach Arzneimitteln ist eine aus dem Bedarf an Gesundheitsleistungen abgeleitete Nachfrage.²⁾ Die Sicherung einer ordnungsgemäßen, "flächendeckenden" Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln wird daher von allen maßgeblichen, den politischen Willen des überwiegenden Teils des deutschen Volkes repräsentierenden Parteien gegenwärtig als öffentliche Aufgabe angesehen.^{3) 4)}

Therapeutische und prophylaktische Erfolge können allerdings nicht nur durch Arzneimittel erreicht werden. Neben physio- und psychotherapeutischen, pflegerischen u.ä. Maßnahmen kann z.B. ebenso die Anwendung von Produkten der Körperpflege, der Hygiene, von Erzeugnissen für eine gesundheitsbewußte Ernäh-

-
- 1) Oettle, Karl: Die Bedeutung der Betriebswirtschaftslehre für wirtschaftsdidaktische Bemühungen. In: Wirtschaftslehre und Wirtschaftslehrerbildung. Fachdidaktische Beiträge und Materialien, hrsg. v. Johannes Baumgardt und Reinhard Czycholl, Band 3: Bezugswissenschaften der Wirtschaftslehre und Wirtschaftslehrerbildung, Trier 1977, (Zitierweise: Wirtschaftsdidaktik), S. 73.
 - 2) Vgl. Kaufer, Erich: Die Ökonomik der pharmazeutischen Industrie, Baden-Baden 1976 (Zitierweise: Ökonomik), S. 218; Ruhr, op.cit., S. 175 ff.; Dorn, op.cit., S. 60 ff.
 - 3) Vgl. Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU): Freiheit und Solidarität, Gesundheitspolitisches Programm der CDU, Bonn o.J., S. 60 ff.; vgl. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD): Gesundheit, Beschlüsse zur Gesundheitspolitik auf dem SPD-Parteitag Hamburg vom 15. - 19. November 1977, Bonn o.J., S. 26 ff.; vgl. Freie Demokratische Partei Deutschlands (F.D.P.): Gesundheitspolitisches Programm der F.D.P., Bonn o.J., S. 26 ff.; für die Christlich Soziale Union Bayerns (CSU) vgl. das gesundheitspolitische Programm der CDU. Die Arzneimittelversorgung ist als ordnungsgemäß zu betrachten, wenn sie den Zielsetzungen des Arzneimittelgesetzes von 1976 und seiner Durchführungsverordnungen sowie des Apothekengesetzes und der Apothekenbetriebsordnung entspricht (vgl. hierzu Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 106/5 f.).
 - 4) Zu den Gründen hierfür vgl. z.B. Berger, Matthias, op.cit., S. 13; Eckstein, Richard: Grundlagen des Heilmittelabsatzes in öffentlichen Apotheken, Diss. Nürnberg 1955, S. 27; siehe auch Dorn, op.cit., S. 63 ff.

rung (beispielsweise bei Säuglingen, Diabetikern, Rekonvaleszenten) sowie von Mitteln zur physischen und psychischen Stärkung geeignet sein, gesundheitserhaltende, -fördernde und -wiederherstellende Effekte zu erzielen. Sieht man das gesamte Gesundheitswesen als einen Sektor an, auf dem eine besondere Fürsorgepflicht des Staates besteht, so kann auch das Angebot derartiger Mittel und Waren als eine öffentliche Aufgabe angesehen werden,¹⁾ wenngleich eine solche Aufgabe bisher nicht explizit rechtlich formuliert worden ist.

Die Erfüllung öffentlicher Aufgaben kann der Staat durch ordnungspolitische oder durch leistungspolitische Maßnahmen gewährleisten. Die Ordnungspolitik legt dabei fest, "welchen Prinzipien der Wirtschaftsablauf folgen soll und welche Instrumente eingesetzt werden dürfen, um ihn zu beeinflussen."²⁾ Außerdem entscheidet sie darüber, "wie die Grundsätze im Einzelfall ausgelegt und welche Instrumente in welcher Dosierung bei konkreten Situationen benützt werden sollen."³⁾ Der Leistungspolitik ist demgegenüber aufgegeben, "... Sach- und Dienstleistungen zu produzieren und ... an Dritte abzugeben."⁴⁾ Eine leistungspolitische Tätigkeit des Staates ist in unserem Wirtschaftssystem allerdings nur dann zu rechtfertigen, wenn Lückenfülleraufgaben bei Fehlen privater Angebote, Konkurrenzierungsaufgaben bei ungenügenden Angeboten der privaten Wirtschaft und/oder Monopolisierungsaufgaben bei der Gefahr einer Ausbeutung von Monopolen erfüllt werden müssen.⁵⁾

1) Vgl. zu den gesundheitspolitischen Aufgaben der vorbeugenden Gesundheitspflege und des Schutzes der Gesundheit Manger-Koenig, Ludwig von: Zur Gesundheitspolitik des Staates. In: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft - dargestellt am Beispiel der Pharma-Industrie, USW-Schriften für Führungskräfte, Bd. 8, Wiesbaden 1976, S. 25 f.

2) Oettle: Öffentlicher Bedarf, S. 5.

3) Ibid., S. 5.

4) Ibid., S. 5.

5) Vgl. hierzu ausführlich etwa Oettle, Karl: Grenzen und Möglichkeiten einer unternehmungsweisen Führung öffentlicher Betriebe. In: Oettle, Karl, Grundlagen öffentlicher Betriebe I, op.cit., (Zitierweise: Unternehmungsweise Führung), S. 58; vgl. auch Hax, Karl: Die öffentliche Unternehmung in der Marktwirtschaft. In: Wandlungen der Staatswirtschaft in Theorie und Praxis. Festschrift für Hans Ritschl. Finanzarchiv, hrsg. v. Fritz Neumark, N.F., Bd. 27, Heft 1-2, Tübingen 1968, S. 44 ff.

Sind die angegebenen Rechtfertigungsgründe für die Betätigung öffentlicher Betriebe nicht vorhanden, so müßten öffentliche Aufgaben von privaten Unternehmungen erfüllt werden. Hierfür sprechen nicht nur Aspekte der Wirtschaftsordnung, sondern auch Zweckmäßigkeitsgründe, wenn sich nämlich öffentliche Aufgaben durch Private mittels öffentlicher Kontrolle besser oder wenigstens in gleicher Weise erfüllen lassen wie von der öffentlichen Hand selbst.¹⁾ Daß dies im Arzneimittelwesen der Bundesrepublik Deutschland der Fall ist, kann angesichts einer Versorgungslage, die im Vergleich zu Ländern mit einem staatsverwaltungswirtschaftlichen System erhebliche Vorzüge aufweist, nicht bestritten werden.²⁾³⁾ Die Wahrnehmung einer Versorgung mit Arzneimitteln hat der Staat daher vorwiegend privatwirtschaftlichen Unternehmungen überlassen: Die Herstellung von Medikamenten obliegt in erster Linie der pharmazeutischen Industrie. Für eine effiziente Gestaltung der logistischen Prozesse (des Distributionssystems) der Arzneimittelversorgung ist vor allem der pharmazeutische Großhandel verantwortlich.⁴⁾

Unmittelbare Erbringer von Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung sind jedoch im allgemeinen u.a. Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Pflegeheime, Psycho- und Physiotherapeuten sowie, speziell in bezug auf das Arzneimittelwesen, die Apotheken.⁵⁾ Über die Aufgaben letzterer und ihre Sonderstellung wird der nächste Abschnitt Auskunft geben.

- 1) Vgl. Kühne, Karl: Sinn und Verantwortung der öffentlichen Kontrolle. In: Osterkamp, Karl/Kühne, Karl (Bearb.), Handbuch der öffentlichen Wirtschaft, hrsg. v. Hauptvorstand der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, 1. Bd., Stuttgart 1960, S. 33 f.; Oettle, Karl: Privatisierung öffentlicher Unternehmen? In: Kommunalwirtschaft 1977, (Zitierweise: Privatisierung), S. 164 ff.
- 2) Vgl. hierzu z.B. einen Vergleich zwischen der Arzneimittelversorgung der Bundesrepublik Deutschland und der DDR bei Nord, Dietrich: Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR, pharmazie dialog 59, hrsg. v. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Frankfurt/Main 1979.
- 3) Dennoch sind in jüngster Zeit Tendenzen bei öffentlich-rechtlichen Aufgabenträgern (z.B. Allg. Ortskrankenkassen) zu beobachten, unmittelbare Sachleistungen selbst erbringen zu wollen und damit privatwirtschaftliche Anbieter einem Verdrängungswettbewerb auszusetzen (vgl. hierzu Maydell, Bernd von/Scholz, Rupert: Grenzen der Eigenwirtschaft gesetzlicher Krankenversicherungsträger, Berlin 1980, insbes. S. 11).
- 4) Vgl. hierzu etwa Liertz, Rolf: Die absatzwirtschaftliche Bedeutung des Sortimentsgroßhandels für die Distribution von Arzneimitteln, Berlin 1955, insbes. S. 79 ff.
- 5) Vgl. hierzu auch Kotler: Nonprofit-Organisationen, S. 302.

B. STAATSPOLITISCH GESETZTE LEBENSBEDINGUNGEN DER APOTHEKEN

In einem System der sozialen Marktwirtschaft unterliegen alle Wirtschaftssubjekte ordnungspolitischen Regelungen des Staates, die ihre freien Dispositionsmöglichkeiten einschränken. Solche öffentlichen Eingriffe gründen formalrechtlich vor allem auf der Staatsverfassung, auf Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien zu ihrer Auslegung sowie auf Urteilen der Rechtsprechung. Zu unterscheiden hiervon ist die tatsächliche Erscheinung staatspolitischer Lebensbedingungen, die wegen möglicherweise bestehender Spielräume und Lücken auf der formalrechtlichen Seite sowie wegen ihrer sich im Zeitablauf verändernden Interpretation durch Aufsichtsbehörden und Rechtsprechung von dem äußerlichen Bild abweichen kann.¹⁾ Auch gesetzliche Bestimmungen selbst unterliegen Wandlungen im Zeitablauf. "Neben den bereits existierenden Gesetzestexten sind die Versuche verschiedener Personen zu beachten, neue Gesetze oder Regelungen einzuführen, die wirkliche oder eingebildete Mißstände oder Mißbräuche korrigieren oder beseitigen sollen."²⁾

Angesichts des großen Ausmaßes, das die Interventionen des Staates u.a. auch in der Bundesrepublik Deutschland erreicht haben, ist es kein Wunder, wenn die Ansicht geäußert wird, erfolgreiches Marketing bestehe vor allem darin "zu erkennen, was bei einem gegebenen Umfang an staatlicher Reglementierung absatzwirtschaftlich gerade noch herausgeholt werden kann."³⁾ Um so erstaunlicher ist die Tatsache, daß staatspolitische Lebensbedingungen bisher kaum Eingang in betriebswirtschaftliche

1) Vgl. Oettle: Lebensbedingungen, S. 29 f.; ähnlich auch Tietz: Marketing, S. 56.

2) Kotler, Philip: Marketing-Management. Deutsche Übersetzung der zweiten Auflage von Heidi Reber und Gerhard Reber, Stuttgart 1977 (Zitierweise: Marketing-Mangement), S. 75.

3) Topritzhofer, Edgar: Marketing in interventionistischen Wirtschaftsordnungen. In: Edgar, Topritzhofer (Hrsg.), Marketing, Wiesbaden 1978, S. 516.

Theorien gefunden haben.¹⁾ Diesen Mangel zu beheben, muß deshalb als eine wesentliche Forderung an die betriebswirtschaftliche Forschung angesehen werden.²⁾

Die vorliegende Arbeit bemüht sich, absatzpolitische Überlegungen auf die Grundlage staatspolitischer Lebensbedingungen zu stellen. Dabei soll jedoch auf eine enumerative Auflistung von Gesetzen, Verordnungen und Urteilen der Rechtsprechung verzichtet werden. Vielmehr ist an dieser Stelle der materiale Gehalt der staatspolitisch gesetzten Daten herauszuarbeiten und dergestalt zu interpretieren, daß die öffentlich-wirtschaftliche Stellung der Apotheken im Gesundheitswesen deutlich wird. Konkrete rechtliche Bestimmungen sind erst bei den einzelnen Aktionsbereichen der Absatzpolitik zu nennen, sofern sie absatzpolitischem Handeln spezifische Grenzen setzen.

1. Öffentliche Bindung

Nach dem Kriterium der äußeren Freiheit oder Bindung der Betriebsführung können Betriebe, die als individuelle Gebilde autonom die subjektiven Interessen derjenigen vertreten, die dazu legitimiert sind, ihnen Ziele zur Verfolgung vorzugeben, von solchen Betrieben unterschieden werden, die von übergeordneten, insbesondere staatlichen Stellen angehalten sind, bestimmte Aufgaben in einem allgemeinen, öffentlichen Interesse zu erfüllen.³⁾

-
- 1) So sieht z.B. Sabel die Unternehmung in den Möglichkeiten ihrer Absatzpolitik nur von zwei Seiten her begrenzt, nämlich vom Markt und vom Unternehmen selbst (vgl. Sabel, Hermann: Absatzpolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 79).
 - 2) Vgl. hierzu allgemein Oettle: Lebensbedingungen, S. 27 ff.; speziell für den Bereich der Absatzwirtschaft: Angelmar, Reinhard/Von, Bernard: Marketing and Public Policy. In: Topritzhofer (Hrsg.), op.cit., S. 519 ff.; Grether, E.T.: Marketing and Public Policy. In: Managerial Marketing. Perspectives and Viewpoints, hrsg. v. Eugene J. Kelley und William Lazer, 3.ed., Homewood, Ill. 1967, S. 65 ff.
 - 3) Vgl. hierzu die Begriffe des Autonomie- und des Organprinzips bei Gutenberg: Die Produktion, S. 457 ff. und in einem etwas anderen Sinne bei Oettle: Raumwirtschaftliche Aspekte, S. 45 ff.; siehe auch die Begriffe des Autonomie- und des Heteronomieprinzips bei Oettle, Karl: Die ökonomische Bedeutung der Rechtsform öffentlicher Betriebe. In: Oettle, Karl, Grundfragen öffentlicher Betriebe I, op.cit., (Zitierweise: Rechtsform), S. 151 f.

"Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung."¹⁾ Mit dieser Bestimmung überträgt der Staat die öffentliche Aufgabe der Arzneimittelversorgung den Apotheken, indem er sie anweist, einen nicht-ökonomischen Betriebszweck zu verfolgen.²⁾ Apotheken werden damit neben Instrumenten ihrer Eigentümer vorrangig zu Instrumenten der staatlichen Gesundheitspolitik.³⁾ So sind sie "in erster Linie Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens und erst in zweiter Linie Gewerbebetriebe".⁴⁾

Mit der genannten Funktion werden Apotheken in einem übergeordneten, öffentlichen Interesse tätig. Der Staat stellt an sie einen "Leistungsanspruch", der darin besteht, daß einerseits "Ziele bestimmt werden", die positiv zu erfüllen sind, andererseits werden Weisungen erteilt, bestimmte Handlungen nicht zu vollziehen."⁵⁾ Die Betriebsführung von Apotheken kann damit nicht als autonom hinsichtlich einer subjektiven Interessenvertretung bezeichnet werden. Vielmehr sind Apotheken von ihrem "institutionellen Sinn"⁶⁾ her, der ihnen vom Staat auferlegt ist, als öffentlich bzw. gemeinwirtschaftlich gebundene

1) ApoG, § 1, Abs. 1.

2) Zur Unterscheidung ökonomischer und nicht-ökonomischer Betriebszwecke vgl. etwa Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 11 f.

3) Zur Instrumentalfunktion der Unternehmung vgl. allgemein Schmidt, Ralf-Bodo: Wirtschaftslehre der Unternehmung, Bd. 1, Grundlagen und Zielsetzung, 2. Aufl., Stuttgart 1977 (Zitierweise: Wirtschaftslehre), S. 48 ff., insbes. S. 86 f.; Thiemeyer: Wirtschaftslehre, S. 28; Wysocki, Klaus von: Betriebswirtschaftslehre und Staat. In: ZfbF, 18.Jg. (1966), S. 215; Oettle: Raumwirtschaftliche Aspekte, S. 43.

4) Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 90 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen)

5) Hauschildt, Jürgen: Die Absatzpolitik der Energieversorgungsunternehmen im Spannungsfeld von Gewinnstreben und öffentlichen Leistungsansprüchen, Tübingen 1964 (Zitierweise: Absatzpolitik), S. 20 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

6) Zu diesem Begriff: Weissner, Gerhard: Wirtschaft. In: Handbuch der Soziologie, hrsg. v. Werner Ziegenfuß, Stuttgart 1956, S. 990; derselbe: Einführung in die Lehre von den gemeinwirtschaftlichen Unternehmen, Schriftenreihe Gemeinwirtschaft Nr. 23, Frankfurt/Main-Köln 1976 (Zitierweise: Lehre), S. 30 ff.; Thiemeyer: Gemeinwirtschaftlichkeit, S.131 ff. et passim.

Unternehmen zu kennzeichnen,¹⁾ die durch Rechtsbefehl gezwungen werden, "...nicht nur dem besonderen Wohle ihrer Träger, sondern unmittelbar dem Wohle einer übergeordneten Gesamtheit ... zu dienen."²⁾³⁾

Öffentlich gebundene Unternehmen können zum Sektor der Gemeinwirtschaft gerechnet werden.⁴⁾ Bei diesen Unternehmen "ist es unter Wirkung des betreffenden Gesetzes nicht mehr möglich, daß die Träger den Sinn des Unternehmens in Freiheit selbst bestimmen."⁵⁾ So ist Apotheken als öffentlich gebundenen

- 1) So ähnlich auch Müller, Jürgen/Vogelsang, Ingo: Staatliche Regulierung, Baden-Baden 1979, S. 296 ff. Müller/Vogelsang sprechen allerdings, begrifflich anders, von Gemeinwohlbindung und staatlicher Regulierung.
- 2) Terminologie-Ausschuß: Die Definitionen des Terminologie-Ausschusses der Gesellschaft zu Förderung der öffentlichen Wirtschaft, In: Archiv für öffentliche und freigemeinwirtschaftliche Unternehmen, Bd. 1, 1954, hrsg. v. Gerhard Weisser, Göttingen 1955, S. 277. Zur Weiterentwicklung dieser Definition vgl. Weisser: Lehre, S. 21 ff.
- 3) Zum Begriff des öffentlich bzw. gemeinwirtschaftlich gebundenen Unternehmens vgl. Terminologie-Ausschuß, op.cit., S. 278; Thieme: Gemeinwirtschaftlichkeit, S. 213 ff.; ausführlich: Eyern: Cert von: Das öffentlich gebundene Unternehmen. In: Archiv für öffentliche und freigemeinwirtschaftliche Unternehmen, Bd. 4, 1958, hrsg. v. Gerhard Weisser, Göttingen 1959, S. 1 ff.; derselbe: Gemeinwirtschaftliche Bindung von Unternehmen, Schriftenreihe Gemeinwirtschaft Nr. 17, Frankfurt/Main-Köln 1975 (Zitierweise: Bindung); Kühne, op.cit., S. 20 ff.; Kleinsteuber, Hans J.: Öffentliche Bindung. In: Wörterbuch zur politischen Ökonomie, hrsg. v. Gert v. Eyern und Carl Böhrer, Opladen 1977, S. 299 ff.
- 4) So z.B. Terminologie-Ausschuß, op.cit., S. 278; v. Eyern: Bindung, S. 5; vgl. hierzu auch Weisser, Gerhard: Gemeinwirtschaftlichkeit bei Einzelwirtschaften, Schriftenreihe Gemeinwirtschaft Nr. 11, Frankfurt/Main-Köln 1974, S. 13; Oettle: Raumwirtschaftliche Aspekte, S. 51; anders z.B. Thieme: Gemeinwirtschaftlichkeit, S. 215 f.; derselbe: Wirtschaftslehre, S. 33 f. Thieme trifft hierbei jedoch keine Differenzierung zwischen Betrieben, die das gebundene Gegenstandsgebiet wählen, um damit letztendlich (vorwiegend) Erwerbsziele zu verfolgen, und solchen Betrieben, deren Träger sich mit ihrem "institutionellen Sinn" identifizieren. Letzteren fehlt völlig ein wesentliches Kennzeichen der privaten Unternehmungswirtschaft, nämlich die freie Wahl des Gegenstandsgebietes, auf dem die Unternehmung tätig sein will, und die Möglichkeit seiner Änderung, d. h. vor allem seine Ausweitung oder Einengung (vgl. hierzu auch Oettle, Karl: Die Anwendung von Grundsätzen moderner Unternehmensführung im Krankenhaus. In: Oettle, Karl, Grundfragen öffentlicher Betriebe I, op.cit., S. 100).
- 5) Terminologie-Ausschuß, op.cit., S. 278 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

Unternehmen z.B. das Gegenstandsgebiet ihrer Tätigkeit, nämlich die Erfüllung des genannten nicht-ökonomischen Zwecks, für sie selbst unveränderlich vorgeschrieben. Diese Gebundenheit des Angebots an Arzneimitteln kann mit der Beförderungspflicht von Betrieben des öffentlichen Verkehrs verglichen werden.¹⁾ Apotheken ist es z.B. nicht gestattet, Patienten etwa nach ihrer Zahlungsweise auszuwählen; bei apothekenpflichtigen Medikamenten unterliegen sie vielmehr einer Bedienungspflicht,²⁾ von der sie in Notfällen auch dann nicht entbunden sind, wenn die Kostendeckung nicht sichergestellt ist.

An dem faktischen Vorliegen einer öffentlichen Bindung bei Apotheken ändert auch die Tatsache nichts, daß der in der Bindung zum Ausdruck kommende institutionelle Sinn wenig operational formuliert ist. Der Terminus "Versorgung im öffentlichen Interesse" ist eine Leerformel, die keine befolgbaren Anweisungen an das unternehmerische, hier: absatzpolitische, Handeln in Apotheken gibt.³⁾ Dies bedeutet, daß dem Apotheker Spielräume bei der praktischen Interpretation seines öffentlichen Auftrags verbleiben. So wird es erforderlich, aus dem genannten Versorgungsauftrag dort konkrete Oberziele abzuleiten, wo die staatlichen Bestimmungen keine operationalen Leistungsansprüche stellen.⁴⁾

2. Wettbewerbspolitische Aspekte

Aus dem Apothekengesetz ist zu entnehmen, daß die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ausschließlich den Apotheken zukommt.⁵⁾ Der Staat gewährt ihnen damit gewissermaßen ein Mono-

1) Vgl. hierzu auch Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 23.

2) Vgl. hierzu auch die Verordnung über den Betrieb von Apotheken vom 7. August 1968 (BGBl. I, S. 939) (Zitierweise: Apothekenbetriebsordnung /ApoBo7), § 10, Abs. 3, mit Änderungsverordnungen abgedruckt in: Cyran, Walter/Luckenbach, Werner/Hügel, Herbert: Apothekenbetriebsordnung, Kommentar, 3. Aufl., 2. Ergänzungslieferung, Stand: August 1980, Stuttgart 1980.

3) Vgl. allgemein Witte/Hauschildt: Interessenkonflikt, S. 25; Thieme: Gemeinwirtschaftlichkeit, S. 132 und 134 f; zu Leerformeln vgl. auch Topitsch, Ernst: Sprachlogische Probleme der sozialwissenschaftlichen Theoriebildung. In: Topitsch, Ernst (Hrsg.), Logik der Sozialwissenschaften, 10. Aufl., Königstein/Ts. 1980, S. 24 ff.

4) Vgl. hierzu das dritte Kapitel der vorliegenden Arbeit.

5) Vgl. Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 91; siehe hierzu auch AMG, § 43, Abs.1.

polrecht beim Vertrieb von apothekenpflichtigen Pharmaka, in das andere Unternehmen nicht eingeschlossen werden können.¹⁾ Innerhalb der Apothekenbranche existiert allerdings keinerlei Schutz vor dem Auftreten neuer Wettbewerber, nachdem im Jahre 1958 nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die allgemeine Niederlassungsfreiheit eingeführt worden ist.²⁾ "Wer eine Apotheke betreiben will, bedarf [zwar] der Erlaubnis der zuständigen Behörde."³⁾ Diese kann jedoch nicht versagt werden, wenn die vorgeschriebenen Geschäftsräume⁴⁾ vorhanden sind und der Bewerber vor allem die notwendige fachliche Qualifikation nachweist. Die Wahl des Apothekenstandortes bleibt der freien Entscheidung des Apothekers überlassen.⁵⁾ Durch den Wegfall jeglicher zahlenmäßigen Beschränkung der Apotheken ergibt sich auch, daß jeder Apotheker das wirtschaftliche Risiko der Führung einer Apotheke allein zu tragen hat.⁶⁾ Dies bedeutet aber gleichzeitig, daß der Staat Wettbewerb zwischen Apotheken grundsätzlich legitimiert hat.

Vollem marktwirtschaftlichem Wettbewerb auch mit Unternehmen anderer Branchen sind die Apotheken bei denjenigen Leistungen ausgesetzt, deren Erbringung nicht apothekengebunden ist. Diese umfassen einerseits Angebot und Verkauf von sogenannten "apothekenüblichen Waren", die keine Arzneimittel sind und deren erlaubter Umfang in einem Positivkatalog in der Apothekenbetriebsordnung konkretisiert ist,⁷⁾ andererseits Angebot und Abgabe von freiverkäuflichen Arzneimitteln. Dabei handelt es sich um solche

1) Vgl. hierzu auch Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 7 und S. 188 f. Begründet wird dieses Monopol mit der Notwendigkeit, einerseits die Bevölkerung vor Arzneimittelmißbrauch zu schützen, andererseits die wirtschaftliche Existenzsicherung der Apotheken zu gewährleisten (zu letzterem vgl. Berger, Matthias, op.cit., S. 39; zur Begründung des Apothekenmonopols vgl. ausführlich Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 73 ff.).

2) Vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 11. Juni 1958 (BVerfGE 7, S. 377 ff.), auszugsweise abgedruckt in: Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 367 ff. Über die Entwicklung der Zahl der (öffentlichen) Apotheken nach diesem Urteil vgl. S. 93 dieser Arbeit.

3) ApoG, § 1, Abs. 2.

4) Vgl. hierzu ApoBo, § 3.

5) Vgl. Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 57.

6) Vgl. ibid., S. 58 f.

7) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 57 f. und S. 178 f. dieser Arbeit.

Medikamente, die anderen Zwecken als der "Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden zu dienen bestimmt sind."¹⁾ Hierunter fallen vor allem Präparate, die als Vorbeugungsmittel deklariert sind.

3. Apotheken als privatwirtschaftliche Einzelunternehmungen

Apotheken werden überwiegend in der Rechtsform einer Einzelunternehmung geführt. Der persönlich haftende und unbeschränkt geschäftsführende Einzelunternehmer muß Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer bestimmten Apotheke sein, zu deren Erlangung er insbesondere die Approbation als Apotheker besitzen muß.²⁾ Wollen mehrere Personen eine Apotheke betreiben, so ist dies allein in der Form einer Offenen Handelsgesellschaft möglich, wobei alle Gesellschafter Apotheker sein müssen.³⁾ Die Wahl anderer Rechtsformen ist in der Praxis nicht möglich.⁴⁾ Damit haften leitende Apotheker grundsätzlich mit ihrem gesamten Vermögen für Verbindlichkeiten des Betriebes und tragen das volle Eigenkapitalrisiko privatwirtschaftlicher Unternehmer.

Bei diesen rechtlichen Bestimmungen steht das Leitbild des "Apothekers in seiner Apotheke" Pate.⁵⁾ Danach ist

1) AMG, § 44, Abs. 1.

2) Zu den Anforderungen, die an die Erlangung einer Betriebserlaubnis geknüpft sind, vgl. im einzelnen § 2 ApoG sowie den Kommentar hierzu bei Schiedermair/Pieck, op.cit., S. 129 ff.

3) Vgl. § 8 ApoG sowie den Kommentar bei Schiedermair/Pieck, op.cit., S. 181 ff.; zur Rechtsform der OHG für Apotheken vgl. ausführlich Bohl, Johannes: Die Apotheke als Offene Handelsgesellschaft. In: DAZ, 119.Jg. (1979), S. 524 ff.

4) Vgl. hierzu auch Bernkopf, Günter: Welche Rechtsform soll man für die Apotheke wählen? In: AJ, H. 11/1979, S. 76; Schiedermair, Rudolf: Unzulässigkeit der Einmann-GmbH im Apothekenwesen. In: Pharm.Ztg., 126.Jg. (1981), S. 322 ff.; zur Frage der Stillen Gesellschaft vgl. ausführlich Schiedermair, Rudolf: Apothekenrechtlich legale Stille Gesellschaften. In: Pharm.Ztg., 125.Jg. (1980), S. 2304 ff.

5) Vgl. hierzu Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 1964, op.cit., S. 410.

jede Apotheke persönlich und in eigener Verantwortung durch den (bei Offenen Handelsgesellschaften: die) Eigentümer (Apotheker) zu leiten,¹⁾ wobei zu den wichtigsten Leitungsgeschäften "auch die persönliche Entscheidung der wirtschaftlichen Fragen gehört".²⁾ Geschäftsführung durch andere Apotheker ist nur vorübergehend (bis zu drei Monaten im Jahr, durch Apothekerassistenten bis zu vier Wochen im Kalenderjahr) möglich.³⁾ Aus der Pflicht zur persönlichen Leitung ergibt sich das sogenannte "Mehrbetriebs-Verbot", das untersagt, daß ein Apotheker gleichzeitig Inhaber, Pächter oder Verpächter mehrerer Apotheken ist.⁴⁾ Weiterhin läßt sich aus dem o.a. Leitbild das sogenannte "Fremdbesitz-Verbot" ableiten, das die gewerbliche Inhaberschaft eines Nicht-Apothekers bei einer Apotheke verwehrt.⁵⁾ Es gibt nur wenige, ausdrücklich im Gesetz erwähnte Ausnahmen von diesem Grundsatz.⁶⁾

Hintergrund der genannten Regelungen ist das Bemühen des Gesetzgebers, dem Apotheker als Unternehmer und Angehörigen eines Heilberufes eigene berufliche Verantwortlichkeit und Entscheidungsfreiheit in allen Fragen der Betriebsführung zu sichern.⁷⁾ Apotheken sollen unabhängig von fremden Einflüssen bleiben. So ist es Apothekern z.B. auch untersagt, Verpflichtungen einzugehen, bestimmte Arzneimittel oder Präparate be-

1) Vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 1964, op.cit., S. 412 ff.; vgl. ApoG, § 7; siehe auch ApoG, § 1, Abs. 1.

2) Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 175 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

3) Vgl. ApoBo, § 1, Abs. 4 und Abs. 5.

4) Vgl. hierzu Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 69 ff.

5) Vgl. hierzu ibid., S. 71 ff.

6) Ausnahmen bestehen z.B. hinsichtlich der Verwaltung einer Apotheke, deren Inhaber verstorben ist, durch die Erben für längstens 12 Monate (vgl. § 13 ApoG) und hinsichtlich der Verpachtung in bestimmten Fällen (vgl. im einzelnen § 9 ApoG).

7) Vgl. auch Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 239.

stimmter Hersteller bevorzugt anzubieten oder abzugeben.¹⁾ Ebenso ist es einem Apotheker und seinem Personal verboten, mit Ärzten Absprachen zu treffen, "die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, die Zuweisung von Verschreibungen oder die Fertigung von Arzneimitteln ohne volle Angabe der Zusammensetzung zum Gegenstand haben."²⁾ Nicht eingeschränkt wird hierdurch "das Recht des Apothekers und des pharmazeutischen Personals, im Rahmen ihrer Kenntnisse des Arzneimittelsortiments dem Arzt bestimmte Arzneimittel zu empfehlen."³⁾

Die Betriebsführung von Apotheken ist demnach rechtlich innerhalb des Rahmens der öffentlichen Bindung in einem Maße von außen unabhängig gestaltet und in einer Person zentralisiert, wie dies in anderen Branchen kaum zubeobachten ist.⁴⁾ Inwieweit allerdings faktisch vor allem einzelne Betriebspersonen (Angestellte), Familienangehörige des Apothekenleiters, Vermieter von Betriebsräumen oder Kapitalgeber (z.B. pharmazeutische Großhandelsunternehmen) auf betriebliche Entscheidungen Einfluß nehmen, ist Tatfrage und kann hier nicht untersucht werden.

1) Vgl. ApoG, § 10 sowie den Kommentar hierzu bei Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 239 ff.

2) ApoG, § 11.

3) Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 246.

4) Insofern ist auch die in der vorliegenden Arbeit häufig vorgenommene Personifizierung der Apotheke als handelndem Subjekt, die logischerweise nicht möglich ist, wenig problematisch. Wenn von Handlungen der Unternehmung Apotheke gesprochen wird, ist damit immer die Tätigkeit des Unternehmungsleiters (Apothekers) gemeint.

C. LEITMAXIME DER BETRIEBLICHEN BETÄTIGUNG IN APOTHEKEN

Geht es um unternehmungsinterne Maßstäbe und Instrumente betrieblichen Handelns, so bildet die innere Sinn- oder Zweckgebung des jeweiligen Betriebes, d.h. die Motivierung unternehmerischer Tätigkeit, ein wichtiges Merkmal der Charakterisierung von Betriebstypen.¹⁾ Man kann hier auch von der obersten "Leitmaxime"²⁾ der betrieblichen Betätigung sprechen und diese in drei grundsätzlichen Ausprägungen untersuchen, die hier mit Erwerbsprinzip, Bedarfsprinzip und Berufsausübungsprinzip bezeichnet seien.³⁾ Diese Prinzipien beeinflussen die Bildung konkreter Oberziele des jeweiligen Betriebes.⁴⁾

-
- 1) Zur Bedeutung der Sinngebung für Betriebe als Determinante einer Betriebstypenbildung vgl. etwa Weisser: Einzelwirtschaften, insbes. S. 69 ff.; derselbe: Morphologie der Betriebe. In: HWB, 3. Aufl., hrsg. v. Hans Seischab und Karl Schwantag, Bd. III, Stuttgart 1960, Sp. 4040 ff.; Castan, Edgar: Typologie der Betriebe, Stuttgart 1963, insbes. S. 30 ff.; Engelhardt, Werner Wilhelm: Morphologie der Absatzwirtschaft. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1520 f.; Jäger, Peter: Das öffentlich-wirtschaftliche Dienstprinzip. In: Archiv für öffentliche und freigemeinnützige Unternehmen - Jahrbuch für nichterwerbswirtschaftliche Betriebe und Organisationen (Nonprofits), Bd. 11, Göttingen 1979 (Zitierweise: Dienstprinzip), S. 90.
 - 2) Zu diesem Begriff: Gutenberg: Die Produktion, insbes. S. 464 ff. Anstatt von der obersten Leitmaxime könnte man auch von der "Unternehmensphilosophie" sprechen. Diese "beinhaltet die allgemeinen Zielvorstellungen und Werte" und bildet damit "die Grundlage für die Bestimmung konkreter Ziel-systeme" (Meffert: Marketing, S. 30).
 - 3) Vgl. hierzu Oettle: Raumwirtschaftliche Aspekte, S. 48 ff. Oettle verwendet allerdings anstatt des Begriffes Bedarfsprinzip den Terminus "Dienstprinzip" (vgl. in diesem Zusammenhang, was v. Loesch gegen die Verwendung des Begriffes Dienstprinzip schreibt: Loesch, Achim von: Die gemeinwirtschaftliche Unternehmung, Köln 1977, S. 218 f.); ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit stellt auch Thiemeyer dem Begriff "erwerbswirtschaftlich" den Ausdruck "bedarfswirtschaftlich" gegenüber (Thiemeyer: Wirtschaftslehre, S. 30). Auch der Bedeutungsinhalt des Prinzips der Ausübung eines bestimmten Berufes entspricht bei Oettle nicht exakt dem hier gemeinten Sinn (vgl. S. 41 dieser Arbeit). Zum Erwerbs- und Dienstprinzip vgl. auch Witt, Dieter: Ziele in Betrieben. In: Personal-Enzyklopädie, 3. Bd., München 1978, S. 703; in einem etwas anderen Sinn ausführlich Jäger, Peter: Dienstprinzip, S. 89 ff.
 - 4) Vgl. Oettle: Raumwirtschaftliche Aspekte, S. 45.

1. Geltung des Berufsausübungsprinzips

Das Erwerbsprinzip fordert, den Betrieb allein nach Rentabilitäts Gesichtspunkten zu führen. Es ist jedoch nicht mit dem Prinzip der "Gewinnmaximierung" identisch, das lediglich seine letzte Steigerung darstellt.¹⁾ Demgegenüber stehen bei Betrieben, die dem Bedarfsprinzip folgen, bestimmte Leistungsaufgaben im Mittelpunkt, um deretwillen der Betrieb allein tätig wird.²⁾ Zwar kann eine Gewinnerzielung mit der Erfüllung dieser Leistungsaufgaben vereinbar sein; sofern diese es erfordern, wird aber auch "...teilweise oder gänzlich darauf verzichtet, die Kosten der betrieblichen Tätigkeit durch Leistungsentgelte zu decken."³⁾

Dieser Verzicht kann von Apothekern nicht in vollem Umfang geübt werden; denn sie sind als private Einzelunternehmer i.d.R. auf die Selbsterhaltung ihres Betriebes aus Umsatzerlösen angewiesen.⁴⁾ Insofern können sie Erwerbsüberlegungen nur in begrenztem Maße der Verfolgung eines öffentlichen Auftrags hintanstellen.^{5) 6)} Apotheken können auch nicht allein nach Rentabilitäts Gesichtspunkten betrieben werden; denn ihre öffentliche Bindung fordert die Erfüllung bestimmter Aufgaben ohne Rücksicht auf deren Gewinnchancen. Außerdem stellt der Unternehmensgegenstand spezifisch ethische Anforderungen an das unternehmerische Handeln.⁷⁾ Diese Tatsachen zu ignorieren, hieße, negative rechtliche und gesellschaftliche Sanktionen (wie den Entzug der Betriebserlaubnis oder öffentliche Vertrauens- und Ansehensverluste) zu riskieren.

1) Vgl. Gutenberg, Erich: Die Produktion, S. 464.

2) Vgl. Oettl: Raumwirtschaftliche Aspekte, S. 49.

3) Ibid., S. 49.

4) Vgl. hierzu allgemein Oettl: Grundsätze, S. 99.

5) Vgl. auch Oettl/Thiemeyer: Absatzthesen, These 5.; Oettl, Karl: Vergleichende mikroökonomische Analyse des Steuerungsmechanismus auf der Allokations- und Produktebene im stationären Bereich des Gesundheitswesens, unveröffentl. Manuskript, München 1981 (Zitierweise: Analyse), S. 38.

6) Die Ansicht des Bundesverfassungsgerichts, daß das Streben nach Gewinn hinter die öffentliche Aufgabe des Apothekers zurückzutreten habe (vgl. o.V.: BVG: Apotheke ist kein "Drugstore". In: Badische Neueste Nachrichten, Nr. 16 vom 16.1.1980, S. 4), ist daher als eine für die praktische Tätigkeit völlig inoperative Leerformel zu qualifizieren.

7) Vgl. hierzu S. 42 ff. dieser Arbeit.

Tritt neben den Dienst an einem übergeordneten Wohl im Sinne der "Volksgesundheit" auch das egoistische Bestreben der Einkommenserzielung für den Apotheker und damit ein ökonomischer Betriebszweck, so kann noch nicht davon gesprochen werden, daß der den Apotheken von Staat institutionell auferlegte Sinn verletzt werde; denn der Staat hat durch die privatwirtschaftliche Organisation der Apothekenbranche als Handelsgewerbe Erwerbsbestrebungen legitimiert.¹⁾ Aus diesem Zweckdualismus kann vielmehr abgeleitet werden, daß für Apotheken das Prinzip der Ausübung eines bestimmten Berufes als Leitmaxime heranzuziehen ist, das Elemente des Erwerbs- und des Bedarfsprinzips in sich birgt. Das Berufsausübungsprinzip, das allgemein bei den sogenannten "ständischen Unternehmungen" gilt,²⁾ wird nämlich i.d.R. nur zusammen mit dem Erwerbsprinzip verfolgt,³⁾ sind ständische Unternehmungen doch gleichzeitig private Unternehmungen, deren Eigentümer durch die Aufrechterhaltung des Betriebes i.d.R. ihren Lebensunterhalt verdienen müssen. Fungiert das genannte Prinzip als oberste Leitmaxime betrieblichen Handelns, so wird eine Tätigkeit jedoch nicht wegen besonders guter Erwerbs- oder Karrierechancen des Berufsinhabers wahrgenommen, sondern es steht die Erbringung bestimmter (Berufs-)Leistungen im Vordergrund,⁴⁾ in denen sich die Ausübung des jeweiligen Berufes konkretisiert - sieht man einmal von dem immer seltener werdenden Fall ab, daß der fragliche Beruf allein aus traditionellen Erwägungen (z.B. Erhaltung eines Unternehmens im Familienbesitz) gewählt worden ist.⁵⁾

1) Vgl. auch Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 113.

2) Vgl. zu diesem Begriff Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 12.

3) Vgl. Oettle: Raumwirtschaftliche Aspekte, S. 48.

4) Vgl. hierzu in bezug auf "Professionen" allgemein Baier, Horst: Medizin im Sozialstaat - Medizinsoziologische und medizinpolitische Aufsätze, Stuttgart 1978, S. 89 f.

5) In diesem Falle sollte man nicht von dem Prinzip der Ausübung eines bestimmten Berufes sprechen, sondern eher von einem Prinzip der traditionellen Betriebsfortführung; denn hier dominiert nicht das Motiv, einen bestimmten Beruf ausüben zu wollen, sondern das Motiv, einen bestimmten Betrieb (z.B. in Familienbesitz) zu erhalten, wofür der fragliche Beruf nur ein Mittel ist und wofür zum Teil möglicherweise auch andere Berufe dienlich sein können.

Mit der Geltung des Berufsausübungsprinzips und der öffentlichen Bindung der Apotheken korrespondiert auch die Einschätzung des Apothekerberufes als staatlich gebundener Beruf.¹⁾ Zu dessen Ausübung ist ein umfangreicher Katalog von Standesrichtlinien erlassen worden, die gewissermaßen die berufsständischen Lebensbedingungen für Apotheker bilden.²⁾ So haben Apotheker durch die Wahrnehmung ihres öffentlichen Auftrags Berufsleistungen zu erbringen, mit denen sie "der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes „dienen“."³⁾ Ihre Tätigkeit muß den Besonderheiten der Ware Arzneimittel Rechnung tragen. Diese Aussage ist im folgenden anhand absatzwirtschaftlich bedeutsamer Aspekte der Ausübung des Apothekerberufes zu konkretisieren.

2. Zur Berufstätigkeit des Apothekers

Menschliches Handeln wird nicht allein unter zweckrationalen Gesichtspunkten beurteilt.⁴⁾ Vielmehr werden auch ethische (sittliche, moralische) Maßstäbe an Handlungsweisen angelegt, solange in einer Gesellschaft Werte existieren, "denen in einem sozialen Bereich (Gesellschaftsschicht, Gesamtgesellschaft) und in einem historischen Zeitabschnitt generelle, das jeweilige Bewußtsein prägende Bedeutung zukommt."⁵⁾ Als ein solcher zentraler, kaum

1) Vgl. Schoenhals, Heide: Staatsaufsicht gegenüber Privatbetrieben im Bereich des Gesundheitsrechts, Diss. Würzburg 1967, S. 40 ff.; Tauber, Manfred: Gesetzliche und vertragliche Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Apotheker und Krankenkasse, Diss. Würzburg 1969, S. 17 ff. Die hiervon abweichende Auffassung der Rechtsprechung, die den Apothekerberuf den freien Berufen zurechnet (vgl. z.B. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 1964, op.cit., S. 410) ist nur begrifflichen Inhaltes und hat keine Auswirkungen auf die faktische Berufsausübung; denn die Begriffe "freier" und "staatlich gebundener" Beruf sind keine Gegensätze. Sie betonen nur einen jeweils unterschiedlichen Ausschnitt aus der beruflichen Betätigung (vgl. Tauber, op.cit., S. 18 f.). Zu den Merkmalen freier Berufe und zu ihren steigenden sozialen und ökonomischen Problemen in unserer Gesellschaft vgl. etwa Bergmann-Krauss, Barbara: Freie Berufe im Sozialstaat. In: Medizin Mensch Gesellschaft, 6. Jg. (1981), S. 30 ff.

2) Vgl. hierzu als Beispiel die im Anhang abgedruckte Berufsordnung der Apothekerkammer Nordrhein.

3) Bundes-Apothekerordnung vom 5. Juli 1968 (BGBl. I, 601). § 1, in der neuesten Fassung auszugsweise abgedruckt in: Hügel, Herbert (Bearb.): Apotheker-Jahrbuch 1978, Stuttgart 1978, S. 406; Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 90.

4) Vgl. Picot, Arnold: Ethik und Absatzwirtschaft aus marktwirtschaftlicher Sicht. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 562.

5) Ibid., Sp. 563.

umstrittener Wert in unserer Gesellschaft der Gegenwart ist der Faktor "Gesundheit" anzusehen.¹⁾ Handlungen von Individuen, die den Lebenswert der Gesundheit Anderer betreffen (wie z.B. bei Ärzten oder Apothekern), unterliegen daher in hohem Maße ethisch begründeten Urteilen. Für solche Urteile gibt es aber keine exakten, unveränderlichen Normen, über die eine allgemein gültige Konvention besteht.²⁾ Auch wenn gesellschaftliche Werte zu Beurteilung menschlichen Handelns existieren (Sozialethik), so kann der "Träger eines ethisch relevanten Geschehens"³⁾ immer nur die einzelne Person sein (Personalethik).⁴⁾ Dabei kann ethisches Verhalten nicht befohlen oder in Rechtssätze gekleidet werden.⁵⁾ "Ethik ist nur dann Wirklichkeit, wenn sie auf der freien Entscheidung des einzelnen beruht."^{6) 7)}

Da im allgemeinen das berufliche Handeln jedes einzelnen Menschen vor allem auf objektiven Leistungserfolg und soziale Anerkennung ausgerichtet ist,⁸⁾ kann realistischere Weise eine freiwillige, echte, nicht nur proklamierte Identifizierung des Handelnden auf Dauer nur mit solchen ethischen Normen erwartet werden, deren Einhaltung Leistungserfolg und soziale bzw. ge-

1) Vgl. Maasberg, Helga: Die gegenwärtige Berufssituation des Apothekers, Frankfurt/Main 1972, S. 17.

2) Vgl. hierzu auch Clasen, Earl A.: Marketing Ethics and the Consumer. In: Lazer, William/Kelley, Eugene J., Social Marketing - Perspectives and viewpoints, Homewood Ill. 1973 (Zitierweise: Social Marketing), S. 195 f.

3) Kramer, op.cit., S. 118.

4) Vgl. ibid., S. 118 sowie die dort zitierte Literatur; Job Alois: Die Problematik des Marketing im selbständigen Einzelhandel. In: Gross/Hadorn/Job et al.: Marketing im Handel, Bern 1962, S. 98.

5) Vgl. Mössinger, Paul: So kann es nicht weitergehen - Zur Krise der gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 1978, S. 49; Schlenker, Gerhard: Das "berufsunwürdige Handeln" des Arztes, München o.J. (1973), S. 59.

6) Mössinger, Paul, a.a.O., S. 49.

7) Mit diesem Bekenntnis soll vor allem einer heute weitverbreiteten Geisteshaltung entgegengewirkt werden, "die von Mißtrauen vor Freiheit und Eigenverantwortung geprägt ist" (Darscheid, Karl: Paraphrasen-Dschungel lähmt Dynamik. In: Pharm.Ztg., 124.Jg. (1979), S. 639); zur Rolle des individuellen Verantwortungsbewußtseins als Bestimmungsgröße "ethischen" Verhaltens in der Absatzwirtschaft vgl. Kotler: Marketing-Management, op.cit., S. 828 ff.

8) Vgl. Parsons, Talcott: Soziologische Theorie, Neuwied am Rhein und Berlin 1964, S. 173.

gesellschaftliche Anerkennung verspricht.¹⁾ Diese Normen sind aber gesellschaftlichen Wandlungen unterworfen und können daher von in einer Berufsethik fixierten Standesidealen, die keinen sozialen Veränderungen ausgesetzt werden, abweichen. Ist letzteres der Fall, werden die Angehörigen des entsprechenden Berufsstandes in Konfliktsituationen geführt. Die erhebliche Zunahme solcher Konflikte in der Apothekerschaft in neuerer Zeit, die sich vor allem im dualistischen Widerstreit von "standeswürdigem" und "kommerziellem" Verhalten zeigt,²⁾ sollte die Standesführung zu einer Überdenkung der traditionellen Standesideale veranlassen. Letztlich können nämlich weder in der vorliegenden Arbeit noch anderswo dem Apotheker letztoperationale Vorschriften gemacht werden, wie sein Berufsausübungsprinzip in der Realität im Einzelfall "ethisch" auszufüllen ist.³⁾⁴⁾

Daß sich Anforderungen an die Ausübung des Apothekerberufes in den letzten Jahren und Jahrzehnten erheblich gewandelt haben, zeigt allein der pharmazeutisch-technologische Inhalt der Berufstätigkeit. Während es nämlich im vorigen Jahrhundert und auch noch in den Anfängen des 20. Jahrhunderts eine wesentliche Aufgabe der Apotheker war, Arzneimittel selbst herzustellen, besteht heute der überwiegende Teil der an Endverbraucher abgegebenen Arzneimittel aus industriell produzierten Spezialitäten.⁵⁾ Dadurch ergibt sich für die Arzneimittelversorgung der Patienten eine Kette von Unternehmen "von der Industrie über den Großhandel bis zum 'Einzelhandel' mit Arzneimitteln, in der die Apotheke das letzte Glied darstellt."⁶⁾

1) Vgl. hierzu auch Maasberg, op.cit., S. 19 ff.

2) Vgl. hierzu etwa Simon, Ingeborg: Berufssituation und Berufsperspektive der Apotheker. In: Das Argument, Sonderband 4, Berlin 1974, S. 188 ff.

3) Vgl. hierzu allgemein Bartels, Robert: A Model for Ethics in Marketing. In: Lazer/Kelley, op.cit., S. 213.

4) Die Schwierigkeit, ethische Normen zu operationalisieren, darf nicht dazu führen, sie in einer wissenschaftlichen Analyse zu ignorieren (zu ihrer Bedeutung in der Apothekerschaft vgl. Maasberg, op.cit., S. 80 ff.).

5) Zur Entwicklung der industriellen Arzneimittelproduktion vgl. Vershofen, Wilhelm: Die Anfänge der chemisch-pharmazeutischen Industrie, 1. Bd., Berlin-Stuttgart 1949, 2. Bd., Aulendorf 1952 sowie derselbe: Wirtschaftsgeschichte der chemisch-pharmazeutischen Industrie, 3. Bd., Aulendorf 1958; vgl. auch Adenauer, Georg/Balthasar, Rüdiger: Arzneimittelökonomik - Strukturgeschichte eines Marktes. In: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 2 (1977), S. 2 ff.

6) Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 8.

Berücksichtigt man, daß der Apotheker bei der Ausübung seines Berufes überwiegend Verkaufstätigkeiten wahrnimmt¹⁾, so kann die Apotheke in wirtschaftlicher Hinsicht als Einzelhandelsbetrieb charakterisiert werden, der Apotheker als Einzelhändler,²⁾ dessen wichtigste Aufgabe darin besteht, Arzneimittel "ordnungsgemäß" an Patienten abzugeben.³⁾ Der Apotheker hat jedoch hierbei eine ganz spezifische, der von ihm verkauften "Ware besonderer Art" angemessene Sorgfalt walten zu lassen, so daß seine Tätigkeit mit der üblichen Betätigung eines Einzelhandelskaufmannes nicht identisch ist. So muß er spezielle wissenschaftlich-pharmazeutische Dienstleistungen erbringen, wie z.B. die Prüfung von Interaktionswirkungen und die fachliche Beratung in allen Arzneimittelfragen. Insbesondere ist der Apotheker verantwortlich "für die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen über den Verkehr mit Arzneimitteln."⁴⁾

Im übrigen sind die Dienstleistungen der Apotheke nicht nur "Nutzleistungen, die durch Inanspruchnahme vorhandener personeller und sächlicher Kapazitäten erzeugt werden", sondern teilweise auch "Bereithaltungsleistungen, die darin bestehen, daß solche Kapazitäten für allfällige Nachfrage vorgehalten werden..."⁵⁾ Letzteres ist beispielsweise beim Notdienst oder bei der Lagerung bestimmter, in Notfällen äußerst dringlicher Arzneimittel der Fall.

-
- 1) In der Frage, ob der Apotheker eine "reine" Verkaufstätigkeit ausübe, herrscht innerhalb der Apothekerschaft selbst keine Einigkeit. So bejahten in einer Umfrage 53 v.H. aller Apotheker diese Frage, teilweise unter Hinweis auf besondere Verantwortung, Fachwissen und Beratung; 28 v.H. verneinten die Frage; 8 v.H. waren der Meinung, dies hänge vom einzelnen Apotheker ab; 3 v.H. antworteten, dies sei nur eine Auffassung von Laien (vgl. Maasberg, op.cit., S. 78).
 - 2) So z.B. Kuhn, Harald E.: Soziologie der Apotheker, Stuttgart 1963, S. 96; Tauber, op.cit., S. 24; aus betriebswirtschaftlicher Sicht eingehend: Haas, Dieter: Sortimentsprobleme der Apotheke, unveröffentl. Diplomarbeit, Universität München 1964, S. 6 ff.
 - 3) Vgl. o.V.: Berufsbild des Apothekers. In: Pharm.Ztg., 120.Jg. (1975), S. 1598.
 - 4) Ibid., S. 1598.
 - 5) Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 19.

Zweites Kapitel

ANALYSE DER MÄRKTE FÜR "APOTHEKENWAREN" UND IHRER ENTWICKLUNG

Voraussetzung für die Formulierung absatzwirtschaftlicher Zielsetzungen sowie für einen zieladäquaten, systematischen Einsatz von Instrumenten der Absatzpolitik ist eine Erhebung von Informationen über die Märkte¹⁾, auf denen der Betrieb tätig sein will. Der Marktforschung kommt daher gerade in Konzepten des modernen Marketing "eine Schlüsselrolle in der Vorbereitungsphase von absatzwirtschaftlichen Aktionen zu."²⁾

Wird sie durch die Ermittlung innerbetrieblicher Daten ergänzt, kann die Marktforschung in Form der Absatzforschung "als zusätzliche Aktionsvariable neben das traditionelle absatzpolitische Instrumentarium gestellt werden".³⁾

Die folgende Untersuchung der Märkte für Apothekenwaren soll eine zweifache Aufgabenstellung erfüllen. Einerseits werden Informationen über die genannten Märkte in gesamtwirtschaftlicher Sicht erarbeitet, um die für den Einzelhandel wichtigen Marktstrukturen und ihre Entwicklung transparent zu machen. Anderer-

1) Märkte sind, wirtschaftlich gesehen, "wirkliche oder gedachte Stätten des Angebots, der Nachfrage und des freiwilligen Austauschs von Leistungen und Gegenleistungen" (Oettle, Karl: Die Transparenz der Märkte des Güterverkehrs innerhalb der Europäischen Gemeinschaft - Möglichkeit, Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit, unveröffentlichtes Gutachten für die Europäische Gemeinschaft, München 1977, S. 1; vgl. hierzu auch Rentsch, Frank: Markt. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1301 f.). Dieser Marktbegriff ist für die vorliegende Arbeit zweckmäßigerweise hinsichtlich einzelner Güter(gruppen) und/oder Dienstleistungen sowie hinsichtlich räumlicher und zeitlicher Faktoren zu konkretisieren (vgl. hierzu Möller, Hans: Markt, Marktformen und Marktverhaltensweisen. In: HWB, 4. Aufl., Stuttgart 1975, Sp. 2604 f.; Tietz: Marketing, S. 63; siehe auch Meffert: Marketing, S. 54 f.; zur notwendigen Erweiterung der wirtschaftstheoretischen Marktdefinition in der Betriebswirtschaftslehre vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 113 ff.). Anders geht z.B. Kotler vor, der Märkte nach der Rolle und den Motiven des Käufers einteilt (vgl. Kotler: Marketing-Management, S. 85).

2) Mielenhausen, op.cit., S. 193; siehe auch Raffée: Grundprobleme, S. 182.

3) Mielenhausen, op.cit., S. 193; vgl. ebenso Raffée: Grundprobleme, S. 182; vgl. hierzu auch Kotler: Öffentlicher Bereich, S. 423.

seits sollen den Apothekern Möglichkeiten zur Gewinnung betriebsindividueller Marktdaten aufgezeigt werden.¹⁾ Als Grundlage für einzelwirtschaftliche absatzpolitische Entscheidungen können die hier dargestellten Eigenarten pharmazeutischer Märkte²⁾ nämlich nur dann dienen, wenn sie von Informationen ergänzt werden, die der einzelne Betrieb in seiner spezifischen Situation gesammelt hat.³⁾

Märkte für "Apothekenwaren", insbesondere Arzneimittelmärkte, dürfen nicht isoliert betrachtet werden. Sie sind eingebettet in vor-, neben- und nachgelagerte Märkte, zu denen sie sich in vielerlei Beziehungen befinden können.⁴⁾ Arzneimittelmärkten oft vor- oder gleichgeschaltet sind Märkte für ärztliche Leistungen. Sie können mit jenen in teilweise substitutivem, teilweise komplementärem Verhältnis stehen. Ersteres liegt vor, wenn ärztliche Leistungen, wie z.B. die Psychotherapie, die Einnahme von Medikamenten ersetzen. Dies gilt beispielsweise ebenso für physiotherapeutische und pflegerische Maßnahmen. Der zweite Fall ist vor allem dann gegeben, wenn der Arzt einem Patienten Arzneimittel auf Rezept verschreibt. Die Anwendung von Medikamenten kann auch in direktem Zusammenhang mit bestimmten ärztlichen Leistungen stehen, wie z.B. beim Einsatz von Anästhetika bei Operationen.

-
- 1) Hierbei soll, dem Erfordernis praktischer Marktforschung entsprechend, keine strenge formale Trennung zwischen der (statischen) Marktanalyse und der (dynamischen) Marktbeobachtung erfolgen (so z.B. auch Angehrn, Otto: Unternehmer und betriebliche Marktforschung, Zürich und St. Gallen 1954, (Zitierweise: Marktforschung) S. 35 f.; Jaeck, Horst-Joachim: Marktforschung, regionale. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1373 f.). Auch Schäfer/Knoblich betonen das enge Verhältnis dieser grundsätzlich von ihnen unterschiedenen Möglichkeiten der Marktforschung in der Praxis (vgl. Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 23).
 - 2) Zu einer Expertendiskussion über Besonderheiten pharmazeutischer Märkte vgl. Albach, Horst: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft, dargestellt am Beispiel der Pharma-Industrie. In: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft - dargestellt am Beispiel der Pharma-Industrie, USW-Schriften für Führungskräfte, Bd. 8, Wiesbaden 1976, S. 105 ff.
 - 3) Ähnlich beispielsweise auch Kalussis: Absatzpolitik, S. 26. Sandig, Curt: Vom Markt des Betriebes zur Betriebswirtschaftspolitik. Bedarf - Beschaffung - Absatz, Festschrift für Curt Sandig zum 70. Geburtstag, hrsg. v. Manfred Geist, Stuttgart 1971 (Zitierweise: Markt), S. 66.
 - 4) Die Notwendigkeit, auch Informationen über solche Märkte zu sammeln, betonen z.B. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 435.

Märkte für ärztliche, physiotherapeutische, pflegerische u.ä. Leistungen können Arzneimittelmärkten auch nachgelagert sein, z.B. wenn eine medikamentöse Therapie unwirksam war oder (schädliche) Nebenwirkungen hatte. In solchen Fällen machen Patienten Erfahrungen, die später dafür ausschlaggebend sein können, auf welchen der genannten Märkte neu oder wiederholt auftretende Bedarfe an Gesundheitsleistungen wirksam werden, d.h. sich als Nachfrage äußern.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang ferner die Selbsthilfe von Patienten, die zur Arzneimittelanwendung vor allem in Substitutionskonkurrenz steht. Sie tritt in erster Linie dann auf, wenn traditionelle "Hausmittel" angewendet bzw. lediglich bestimmte Verhaltensweisen zur Therapie von gesundheitlichen Beschwerden gewählt werden. Die Einstellungen der Bevölkerung zur Eigenbehandlung sowie ihre Möglichkeiten und Gewohnheiten, bei einem Auftreten von Krankheitssymptomen zur Selbsthilfe zu greifen, bilden daher einen wesentlichen Bestimmungsfaktor für Art, Intensität und Zeitpunkt des Auftretens einer Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit auch nach Arzneimitteln.¹⁾

A. NOTWENDIGE AUFSPALTUNG DER MÄRKTE FÜR "APOTHEKENWAREN" IN TEILMÄRKTE

Für die Entwicklung von effektiven absatzpolitischen Strategien ist eine klare Abgrenzung der jeweiligen Zielmärkte unumgänglich.²⁾ Der Gesamtmarkt für "Apothekenleistungen" ist daher nach leistungs-, insbesondere warespezifischen Merkmalen in Teilmärkte aufzuspalten;³⁾ denn die Märkte für Arzneimittel

1) Über das Verhalten von Patienten bei ausgesuchten Krankheitsbeschwerden, d.h. über die Wahl bestimmter Therapien, liegen umfangreiche empirische Studien vor (vgl. z.B. Winckelmann, H.J.: Rezeptfrei. Selbstmedikation, Gefahr oder Fortschritt, Kulmbach 1978, S. 155 ff.).

2) Vgl. Kotler: Nonprofit-Organisationen, S. 81; Meffert: Marketing, S. 35. Meffert sieht die Marktsegmentierung als ein Element einer marketing-orientierten Absatzpolitik.

3) Leitherer spricht von einer "güterbezogenen Einteilung" von Märkten (Leitherer, Eugen: Marktforschung. In: HWB, 4. Aufl., Stuttgart 1975, Sp. 2622). Zur Marktsplaltung vgl. allgemein Weinhold-Stünzi: Grundlagen, S. 68 ff.; siehe auch Bidlingmaier, Johannes: Marketing 1, Reinbek b. Hamburg 1973, S. 174.

verschiedener Art sowie für andere apothekenübliche Waren lassen je eigene spezifische Strukturen und Bewegungen erkennen. Abbildung 2 zeigt die Aufgliederung der für Apotheken relevanten Gütermärkte nach formalrechtlichen Gesichtspunkten:

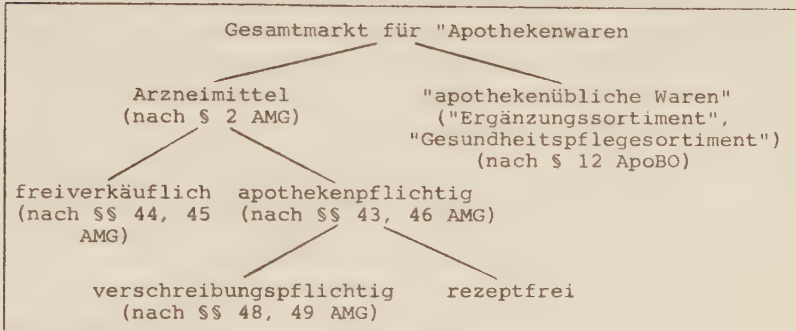


Abbildung 2: Apothekenrelevante Warenmärkte

1. Arzneimittelmärkte

Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit, die dem Apotheker letztlich Handlungsprinzipien für die Gestaltung seiner Absatzpolitik an die Hand geben möchte, ist die grobe Unterteilung des Marktes für Apothekenwaren in drei Arzneimittelmärkte nach formalrechtlichen Kriterien ausreichend. Für das faktische Handeln in Einzelfällen ist allerdings eine Aufspaltung der Arzneimittelmärkte nach materialen Gesichtspunkten notwendig. Kriterien hierfür können z.B. Indikationen, Verwendungsarten oder die stoffliche Zusammensetzung sein¹⁾ (vgl. als Einteilungsbeispiel Tabelle A 3 im Anhang).

Erhebliche Differenzen weisen die Angaben über die Zahl der auf dem deutschen Markt befindlichen Arzneimittelspezialitäten auf. Es wird von 23000 bis 80000 Arzneimitteln gesprochen.²⁾ "Die Ursache für diese Diskrepanz liegt darin, daß Präparate, Zubereitungsformen, Packungsgrößen ... durcheinandergeworfen,

1) Zur Marktsegmentierung nach Indikationen und stofflichen Kriterien vgl. Solc, Zdenek: System der strategisch-operativen Marketingplanung in der pharmazeutischen Industrie, Bern und Stuttgart 1980, S. 75 ff.

2) Vgl. Rathscheck, Reinhold: Konfliktstoff Arzneimittel, Frankfurt/Main 1974, S. 128.

manchmal getrennt gezählt, meist einfach zusammenaddiert werden."¹⁾ Das offizielle Präparateverzeichnis der Mitgliedsfirmen des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, die Rote Liste 1980, enthält demgegenüber 8820 Fertigarzneimittel, wobei verschiedene Packungsgrößen, Darreichungsformen und Stärken des gleichen Medikaments nicht extra gezählt werden.²⁾ Dabei vereinigt nur eine geringe Zahl von Medikamenten einen hohen Anteil am Pharma-Markt auf sich (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Wertmäßige Marktanteile der führenden Präparate am gesamten Pharma-Umsatz der öffentlichen Apotheken im Jahre 1979 (in %)(3)

Anzahl der führenden Präparate	Marktanteil in %
10	8
20	12
50	22
100	32
200	45
500	66
1000	81
2000	93

Die Zahl der in einer Apotheke vorrätigen Lagerpositionen wird je nach Standort im Durchschnitt auf 8000 bis 12000 geschätzt.⁴⁾

1) Vgl. Rathscheck, op.cit., S. 128; vgl. hierzu auch Rahner, Erwin/Teichner, Heinz: Arzneimittelmarkt und Wettbewerb, pharma dialog 39, Frankfurt/Main 1975, S. 11; Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 79.

2) Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): pharma daten 80, 10. Aufl., Frankfurt/Main 1980 (Zitierweise: pharma daten 80), S. 38.

3) Quelle: pharma daten 80, S. 33.

4) Vgl. ibid., S. 39.

Es darf allerdings als bewiesen gelten, daß die Anzahl der auf einem nationalen Markt befindlichen Pharmazeutika keinen Einfluß auf die Höhe des Konsums hat.¹⁾

Im folgenden sind für absatzpolitische Entscheidungen weitere wichtige Differenzierungen zu erwähnen: Einmal können allopathische und homöopathische Heilmittel unterschieden werden, denen jeweils verschiedene pharmakologisch-medizinische Wissenschaftsauffassungen zugrunde liegen. Zum anderen können Pharmazeutika in zwei Gruppen unterteilt werden: in Markenpräparate, die einen gesetzlich geschützten Markennamen besitzen, und in Generics. "Generics sind einerseits internationale Kurzbezeichnungen der Wirkstoffe, andererseits werden sie zur Bezeichnung nicht markengeschützter Produkte verwendet. Generics werden vielfach von kleinen Firmen als Imitationsprodukte auf den Markt gebracht."²⁾ Dabei sind teilweise erhebliche Preisdifferenzen zwischen Markenpräparaten und billigeren Generics zu beobachten, was sich vor allem aus der geringeren Kostenbelastung (bei Verwaltungs-, Werbe- und insbesondere Forschungskosten) der Imitatoren erklärt.³⁾ Aufgrund des zunehmenden Drucks auf die Ärzte, Medikamente sparsamer zu verordnen, muß insbesondere im Bereich der rezeptpflichtigen Pharmaka mit einem steigenden Marktanteil von Generics zu Lasten von Markenpräparaten gerechnet werden.⁴⁾

1) Vgl. hierzu einen ausführlichen Ländervergleich bei Nord: Steuerung, S. 186 ff.

2) Friesewinkel/Abt, op.cit., S. 90.

3) Vgl. ibid, S. 90; Strüngmann, Thomas: Ansätze zu einer Reform des Arzneimittelwesens. In: Medizinische Versorgung, hrsg. v. Helga Reimann und Horst Reimann, München 1976, S. 264.

4) In den USA haben Generics bereits einen Marktanteil von 8% erreicht. Schätzungen erwarten für das Jahr 1990 einen Anteil von 25% am Gesamtumsatz mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln (vgl. o.V.: Generics auf dem Vormarsch. In: Medikament und Meinung Nr. 8/1980, S. 4).

a. Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Der Markt für rezeptpflichtige Arzneimittel, auch als "ethisch-pharmazeutischer Markt" bezeichnet,¹⁾ besitzt von allen apothekenrelevanten Teilmärkten das größte Volumen. Der Anteil verschreibungspflichtiger Medikamente am Gesamtumsatz der Apotheken beträgt durchschnittlich 56 %.²⁾ Vor allem wegen des zunehmenden öffentlichen Drucks auf die Ärzte, sparsamer zu verordnen, ist in nächster Zukunft mit einer annähernd stagnierenden Größenentwicklung dieses Teilmarktes zu rechnen.³⁾

Für Apotheker ergeben sich hinsichtlich der genauen Abgrenzung des genannten Teilmarktes wenig Schwierigkeiten, da sie sich hierbei auf formalrechtliche Kriterien stützen können. So ist ihnen nämlich die Abgabe von Medikamenten, die bestimmte Stoffe oder Zubereitungen von Stoffen enthalten, nur dann erlaubt, wenn für diese ein ärztliches Rezept vorgelegt wird.⁴⁾ Welche Stoffe unter die Verschreibungspflicht fallen, hat der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit durch Rechtsverordnung festzulegen.⁵⁾⁶⁾

Auf dem "ethisch-pharmazeutischen" Markt liegt die Eigenart vor, daß die Funktionen des Nachfragers, des Verwenders und

1) So z.B. Friesewinkel/Abt, S. 89 ff.; Stauffer, Roland: Praxis des Marketing bei Produktneuheiten. In: Gross/Hadorn/Job et al., op.cit., S. 35.

2) Vgl. Kellerer, Günther (Verf.): Das Mack-Kompendium für die Apotheke Nr. 7 - In Sachen Handverkauf, hrsg. v. der Firma Heinrich Mack Nachf., Illertissen 1978 (Zitierweise: Mack-Kompendium), S. 8.

3) Vgl. hierzu auch die Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Tabelle 7 auf S. 84. Die neuesten Zahlen aus dem Jahre 1980 zeigen eine nominale Steigerung der Ausgaben der GKV für Arzneimittel von ca. 7 bis 7,5 % auf, die sich real (bei einer Preissteigerungsrate von ca. 5 % für Medikamente) auf etwa 2 % verringert (vgl. o.V.: Höchstbetrag, S. 2).

4) Vgl. § 48, Abs. 1, AMG.

5) Vgl. § 48, Abs. 2 - 4 AMG; vgl. hierzu die Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie ihre Änderungsverordnungen, abgedruckt mit Kommentar in: Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 127e ff.

6) Für Arzneimittel, die Stoffe enthalten, denen in der Medizin nicht allgemein bekannte Wirkungen zugeschrieben werden, besteht eine automatische Verschreibungspflicht (vgl. § 49 AMG). Dies gilt insbesondere für innovative Präparate (vgl. hierzu auch die Verordnung über die automatische Verschreibungspflicht, abgedruckt mit Kommentar bei: Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 127z5 ff.).

des Kostenträgers von Leistungen nicht in einer Person vereinigt sind, wie dies i.d.R. auf andere Konsumgütermärkte zutrifft.¹⁾ Die Nachfrage nach Arzneimitteln wird hier ausschließlich vom Arzt bestimmt; verwendet werden Medikamente von Patienten; Kostenträger ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine Krankenkasse, da im Jahre 1979 über 90 % aller Bundesbürger Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung waren.²⁾ Welche Auswirkungen diese Tatsache auf die Nachfrage auf dem Markt für verschreibungspflichtige Arzneimittel hat, wird im zweiten Abschnitt dieses Kapitels erläutert.

b. Apothekenpflichtige, rezeptfreie Arzneimittel

Der Markt für rezeptfreie Arzneimittel, auch als "populärpharmazeutischer Markt" bezeichnet,³⁾ weist einen Anteil am Gesamtumsatz einer Apotheke von durchschnittlich 34 % auf.⁴⁾ Seine Abgrenzung zu anderen Teilmärkten ist für Apotheker nicht problematisch; denn die Apothekenpflicht von Arzneimitteln ist gesetzlich geregelt.⁵⁾ Ausnahmen von der Apothekenpflicht hat der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit in Rechtsverordnungen festzulegen.⁶⁾

Auch nicht-verschreibungspflichtige Präparate können teilweise vom Arzt auf Rezept verordnet werden. Dies trifft etwa für die Hälfte der verkauften nicht-rezept-, aber apothekenpflich-

1) Vgl. auch Ruhr, op.cit., S. 10; Herder-Dorneich, Philipp: Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre Steuerung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, hrsg. v. der Bundeszentrale für politische Bildung, Nr. B 16/76, Bonn 1976, S. 16 ; Rahner, Erwin: Die Funktion des horizontalen Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt. In: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft - dargestellt am Beispiel der Pharma-Industrie, op.cit., S. 61 ff.

2) Vgl. pharma daten 80, S. 85.

3) Vgl. Friesewinkel/Abt, op.cit., S. 89 f.; Stauffer, op.cit., S. 35.

4) Vgl. Mack-Kompendium, op.cit., S. 8.

5) Vgl. AMG, § 43; im Gesetz enumerierte Ausnahmen von der Apothekenpflicht finden sich in § 44, Abs. 1, 2. Sie gelten nicht für rezeptpflichtige Präparate (vgl. § 44, Abs. 3, Ziffer 1).

6) Vgl. AMG, §§ 45, 46; vgl. auch die Verordnung über die Zulassung von Arzneimitteln für den Verkehr außerhalb der Apotheken, abgedruckt mit Kommentar bei: Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 133 ff.

tigen Medikamente zu.¹⁾ Knapp 20 % der apothekenpflichtigen Arzneimittel werden vom Apotheker im sogenannten "Handverkauf" ohne Einschaltung eines Arztes abgegeben.²⁾ Für absatzpolitisch relevante Entscheidungen setzt nur dieser Teilmarkt der nicht-verschriebenen Arzneimittel spezifische, vom ethisch-pharmazeutischen Markt zu differenzierende Bedingungen. Wenn in der vorliegenden Arbeit von absatzpolitischen Entscheidungen die Rede ist, die sich auf populär-pharmazeutische Märkte richten, so ist immer allein der Markt der Selbstmedikation gemeint.³⁾

Während der Anteil der Selbstmedikation in den Jahren seit 1973 insbesondere durch die Ausdehnung der Rezeptpflicht sowie durch die Erweiterung des Erstattungskataloges und des Versichertenkreises der Sozialen Krankenversicherung leicht rückläufig war, ist in neuerer Zeit eine Umkehrung dieses Trends zu beobachten.⁴⁾ Die Gründe hierfür liegen vor allem in der öffentlichen Diskussion um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und in den staatlichen Maßnahmen zur Kostendämpfung. Diese Eingriffe zielen u.a. darauf ab, die ärztliche Verordnung sogenannter "Bagatell-arzneimittel" auf Kassenrezept abzubauen, was Patienten zur Selbstmedikation zwingen kann. Dem Apotheker erwächst durch diese Entwicklung zusätzliche Verantwortung in der Versorgung mit Gesundheitsgütern; denn der Arzt fällt als Kontrollorgan aus.⁵⁾

c. Freiverkäufliche Arzneimittel

Angaben über den Anteil der freiverkäuflichen Arzneimittel am Gesamtumsatz einer Apotheke schwanken zwischen durchschnitt-

1) Vgl. Mack-Kompendium, op.cit., S. 9.

2) Aus der Sicht des Patienten spricht man in diesem Fall von Selbstmedikation.

3) Über die Selbstmedikation aus ökonomischer Sicht vgl. Herder-Dorneich, Philipp: Zur Ökonomik der Selbstmedikation, hrsg. v. Bundesfachverband der Heilmittelindustrie e.V., Köln o.J. (1977).

4) Vgl. hierzu die ausführliche Analyse von Rahner, Erwin: Do-it-yourself-Medizin. In: Medikament & Meinung, 4.Jg. (1981), Nr. 2, S. 3. Siehe auch Abbildung A 1 im Anhang.

5) Eine ausführliche, differenzierte Marktanalyse für Selbstmedikationsmittel bietet Winkelmann, op.cit., insbes. S. 143 ff.

lich 2 % und 5 %.¹⁾ Für die Abgrenzung nicht-apothekenpflichtiger Medikamente von Waren anderer Art kann als Kriterium nur die gesetzliche Arzneimitteldefinition herangezogen werden. Ihr an der Zweckbestimmung der Arzneimittel orientierter materieller Gehalt führt jedoch dazu, daß einige Grenzfälle ungeklärt bleiben.²⁾

Auf dem Markt für freiverkäufliche Arzneimittel stehen die Apotheken in voller Konkurrenz zu Betrieben und Betriebsformen anderer Branchen. Hierbei handelt es sich vor allem um Drogerien, Drogeriediscountmärkte, Reformhäuser, zoologische Fachgeschäfte und um den Lebensmitteleinzelhandel. Insbesondere bezüglich der Konkurrenzstrukturen ergeben sich daher erhebliche Unterschiede zu den beiden anderen, bisher genannten Teilmärkten für apothekenpflichtige Medikamente.

Das gesamte Volumen des Marktes für freiverkäufliche Arzneimittel weist in den letzten Jahren einen leicht steigenden Trend auf (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3 : Volumen des Marktes für freiverkäufliche Arzneimittel in der Bundesrepublik Deutschland und seine Entwicklung (absolut in Mio DM / prozentuale Steigerung zum Vorjahr) (3)

1975	1976	1977
955	995 / + 4,2	1030 / + 3,5

U.a. wegen der aggressiven Verkaufspolitik eines Teiles der genannten Konkurrenzbetriebe ist für Apotheken eine eindeutig negative Entwicklung ihres Marktanteils festzustellen (vgl. Abb. 3). Betreiben sie keine aktive Marketingpolitik, wozu die vorliegende Arbeit einen Beitrag liefern will, wird dieser Trend sicherlich anhalten.

-
- 1) Vgl. Neumann; Situation, S. 8; Mack-Kompendium, op.cit., S. 8.
 - 2) Als Beispiel für Abgrenzungsschwierigkeiten kann der Markt für Tees genannt werden (vgl. Feger, Benedikt: Babytee und Kindertee - Arzneimittel oder Lebensmittel? In: Der Deutsche Apotheker 1979, Heft 2, Sonderdruck). Weitere Probleme treten etwa bei diätetischen Lebensmitteln und Körperpflegemitteln auf (vgl. z.B. Strümgmann, op.cit., S. 264).
 - 3) Quelle: DMS-Dokumentation: Selbstmedikation 1975 - 1977/78, unveröffentlichte Marktstudie, o.O., (1979), S. 28.

Abbildung 3 : Entwicklung der Marktanteile einzelner Branchen und Betriebsformen auf dem Markt für freiverkäufliche Arzneimittel von 1975 - 1977.(1)

	100 %	100 %	100 %
Sonstige	3,7	3,5	3,3
Warenhäuser	5,2	5,0	4,9
Verbrauchermärkte	4,2	5,0	6,2
Reformhäuser	6,3	6,5	6,3
Lebensmittelhandel	8,9	8,6	9,1
Drogerien/ Drogieriemärkte	30,9	32,7	33,4
Apotheken	40,8	38,7	36,8
	1975	1976	1977

2. Märkte für apothekenübliche Nicht-Arzneimittel

("Ergänzungssortiment" / "Gesundheitspflegesortiment")

Das Warenpotential von Apotheken erstreckt sich nicht nur auf Arzneimittel. In der Regel werden auch andere Gesundheitsgüter im Sortiment geführt, die man als apothekenübliche Waren bezeichnet.²⁾ Der Anteil dieser Warengruppe am Gesamtumsatz einer Apotheke beträgt derzeit durchschnittlich etwa 8 %.³⁾ Die

1) Quelle: DMS-Dokumentation, op.cit., S. 28.

2) Diese Bezeichnung ist insofern irreführend, als auch Arzneimittel "apothekenüblich" sind. Im folgenden werden die Bezeichnungen "Rand-sortiment", "Ergänzungssortiment", "Gesundheitspflegesortiment" "Neben-sortiment" und "apothekenübliche Waren" synonym gebraucht.

3) Vgl. Menge: Betriebsvergleich, S. 1701. In Einzelfällen kann dieser Wert , allerdings sehr stark vom Durchschnitt abweichen. So gibt es Apotheken, deren Ergänzungssortimentsanteil am gesamten Umsatz ca. 25 % (Mitteilung von Herrn Schwaabe, Apotheker in München) oder auch 35 % (Mitteilung von Herrn Braun, Apotheker in München; o.V.: Drei Aspekte entscheiden über das Wohl und Wehe! In: AP, 2.Jg.(1980), Nr. 7, S. 3 (Zitierweise: Drei Aspekte)) beträgt.

Tabelle 4 : Marktvolumen auf einzelnen Teilmärkten für apothekenübliche Waren, Entwicklung zum Vorjahr und Marktanteile der Apotheken in den Jahren 1975 bis 1977.(1)

Warenart	Marktvolumen in Mio DM	Apotheken- anteil	Marktvolumen		Apotheken- anteil	Marktvolumen		Apotheken- anteil
			in Mio DM	in %		in Mio DM	in %	
pfliegende Kosmetika	865	7,8	950	+ 9,8	8,3	1105	+16,3	8,2
Diätetika	1580	4,9	1675	+ 6,0	4,7	1840	+ 9,9	4,7
Allgemeine Körperpflege	3850	3,2	4085	+ 6,1	3,2	4230	+ 3,5	3,4
davon: - Mund- und Zahnpflege	655	7,9	730	+11,5	7,5	782	+ 7,1	7,7
- Kinderpflege	135	11,1	135	0	9,6	130	- 3,7	9,2
Kindernahrung und Zubehör	780	17,3	745	- 4,5	15,4	710	- 4,7	14,4
	1975		1976		1977			

1) Quelle: DMS-Dokumentation, op.cit., S. 33 f., 45 f., 78 f., 103 f., 159 f.

Abgrenzung dieses Teilmarktes ist nicht unproblematisch. Das wesentliche formalrechtliche Kriterium hierfür liefert die Apothekenbetriebsordnung. Sie enumeriert in einem Positiv-Katalog diejenigen Warengruppen, die Apotheken außer Arzneimitteln in ihrem Sortiment noch führen dürfen.¹⁾ Angesichts nicht-operationaler Definitionen kann über den Umfang einzelner Warengruppen jedoch gestritten werden, was dem Apotheker Handlungsspielräume bei sortimentspolitischen Entscheidungen eröffnet.²⁾

Für die Entwicklung der Marktanteile von Apotheken im Bereich des Gesundheitspflegesortiments gilt das gleiche, was für freiverkäufliche Arzneimittel gesagt wurde; denn auch hier haben sich Apotheken einem massiven Konkurrenzdruck von Betrieben anderer Branchen zu erwehren. Angesichts der apothekenspezifischen Sortimentsbeschränkungen sind exakte Daten über die Marktentwicklung nur für einzelne Teilmärkte vorhanden (vgl. Tabelle 4).³⁾

Ob Apotheken auf dem Markt für apothekenübliche Waren, die keine Arzneimittel sind, überhaupt tätig sein sollen, ist heftig umstritten. Die rein normative Diskussion hierüber enthält nur teilweise sachliche, teilweise auch emotionale, bekenntnismaßig ausgewiesene Argumente.⁴⁾ Die vorliegende Arbeit wird versuchen, sich mit dieser Frage aus absatzpolitischer Sicht auseinanderzusetzen.

1) Vgl. § 12 ApoBo.

2) Vgl. hierzu ausführlich S. 179 dieser Arbeit.

3) Als ein Indiz für die genannte rückläufige Entwicklung können auch die Angaben von Batzer/Greipl/Laumer et al., op.cit., S. 201, herangezogen werden, die im Jahre 1968 noch einen Anteil des Nebensortiments am gesamten Apothekenumsatz von durchschnittlich über 15 % konstatiert haben.

4) Vgl. hierzu zwei unterschiedliche Positionen von Apothekern: Lietz, Knut: Nebensortiment: "Entspricht dem Berufsbild!" In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 15, S. 12; Kühn, Peter: Nebensortiment: "Gesichtsverlust für die Apotheken!" In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 15, S. 13; siehe auch Schwaabe, Peter: "Wir heben den Fehdehandschuh auf!" In: AP, 1.Jg. (1979), Nr. 1, S. 7.

B. BEDARFSSTRUKTURANALYSE

Die bedeutendsten ökonomischen Faktoren, die Strukturen und Bewegungen von Märkten aus der Sicht des Einzelhandels beeinflussen, sind Bedarf, Konkurrenz und Beschaffungssituation sowie deren Veränderungen.¹⁾ Im Mittelpunkt einer Markterforschung steht der Bedarf.²⁾ Er wird hier als Kombination der psychischen Größe "Bedürfnis"³⁾ und der ökonomischen Größe "Kaufkraft" aufgefaßt.⁴⁾ Bedarf ist jedoch nicht mit Nachfrage gleichzusetzen; denn es existieren Bedürfnisse, zu deren Befriedigung auch die notwendige Kaufkraft zur Verfügung steht, die jedoch beispielsweise "... mangels Zeit oder aus Resignation nicht als Nachfrage geäußert werden."⁵⁾ Ein Bedarf wird somit erst dann zu einer ökonomisch relevanten Nachfrage, wenn er sich auf einem Markt artikuliert.⁶⁾ Gerade für Arzneimittelmärkte ist diese Erkenntnis höchst bedeutsam; denn der Bedarf an therapeutischen Leistungen ist sicherlich nicht nur geringfügig größer als die Nachfrage nach ihnen. Aus den eben genannten Gründen, aus Bequemlichkeit, aus Scheu vor einem Arztbesuch oder aus Angst vor

-
- 1) Leitherer nennt als Marktfaktoren Bedarf, Konkurrenz und Absatzwege (vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 46 ff.; siehe auch Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 23). Die Absatzwege sind für Einzelhandelsbetriebe (genauer: Ladeneinzelhandlungen) als Letztabsatzstellen jedoch bereits fixiert. Bei ihnen gewinnen die Beschaffungsbedingungen einen besonderen Stellenwert, da sie einen spezifischen Handlungsrahmen nicht nur für die beschaffungspolitische, sondern auch für die absatzpolitische Tätigkeit setzen.
 - 2) Vgl. Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 71; siehe hierzu auch Sandig: Markt, S. 1.
 - 3) Zum Begriff des Bedürfnisses, seiner ökonomischen Relevanz und Konkretisierung vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 116 ff.; siehe auch Häuser, Karl: Bedürfnis, Bedarf, Gut, Nutzen. In: HWB, 4. Aufl., Stuttgart 1974, Sp. 449 ff. sowie ausführlich Scherhorn, Gerhard: Bedürfnis und Bedarf, Beiträge zur Verhaltensforschung, H. 1, Berlin 1959, passim.
 - 4) So z.B. auch Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 116; Sandig, Curt: Bedarf, Bedarfsforschung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974 (Zitierweise: Bedarf), Sp. 313.
 - 5) Raffée: Bedarfslenkendes Marketing, S. 130.
 - 6) So auch Raffée, ibid., S. 130. Solc spricht von einem offenen Bedarf, im Gegensatz zum latenten Bedarf, "der aus irgendwelchen Gründen nicht zum Ausdruck kommt" (Solc, op.cit., S. 102 und S. 103). Die Gründe dafür, daß sich ein existenter Bedarf nicht auf einem Markte äußert, sind bisher kaum systematisch untersucht worden.

dem Risiko einer Arzneimittelapplikation wird sich dieser Bedarf häufig nicht auf einem Markt äußern, sondern in Selbsthilfe gedeckt werden oder ungedeckt bleiben. Für den Apotheker ist daher grundsätzlich die Entwicklung einer Marktstrategie von Interesse, die u.a. zum Ziel hat, aktuellen und potentiellen Bedarf in Nachfrage umzuwandeln.

Untersuchungsobjekte der Bedarfsforschung sind sowohl die Bedarfsäußerungen als auch die hinter ihnen stehenden bedarfsbestimmenden Faktoren.¹⁾ Um beide konkret erfassen zu können, sind jedoch zunächst die Träger des Bedarfs sowie die räumlichen Gebiete, in denen der Bedarf auftritt, zu analysieren.²⁾

1. Bedarfsgebiete

Will man Bedarfsträger und deren strukturelle Schichtung ermitteln, so wird deutlich, daß für eine betriebsindividuelle Marktanalyse und -beobachtung einer Apotheke allein die Bedingungen in deren geographisch abgegrenztem Marktfeld bzw. Einzugsgebiet³⁾ relevant sind. In der Praxis muß daher jeder Betrieb für sich dieses Gebiet abstecken.⁴⁾

Wesentliche Bestimmungsfaktoren für die räumliche Ausdehnung von Marktfeldern sind allgemein Besonderheiten der jeweils angebotenen Waren und Dienste. So führen beispielsweise Kurzfristigkeit und Dringlichkeit des Bedarfs an Gütern - Eigenschaften, die in hohem Maße auf den Bedarf an Gesundheitsgütern zutreffen - sowie deren Geringwertigkeit tendenziell zu einer Ver-

1) Vgl. Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 72.

2) Vgl. ibid., S. 72.

3) Zur Definition dieses Begriffs vgl. Mielenhausen, op.cit., S. 22 ff.; Leitherer, Eugen/Mielenhausen, Erhard: Einzelhandel und Stadtentwicklung - Wechselseitige Beziehungen innerhalb großstädtischer Verdichtungsräume in der Sicht der Betrieblichen Marktlehre. In: WiSt. 1974, Heft 7, S. 326; Gist, Ronald R.: Retailing: Concepts and Decisions, New York-London-Sydney 1968 (Zitierweise: Retailing), S. 149 f.

4) Vgl. auch Wurth, Reinfried: Die Bewertung der Filialstandorte von Einzelhandelsfilialunternehmen, Köln-Opladen 1970, S. 57.

kleinerung von Einzugsgebieten.¹⁾ Die Grenzen von Marktfeldern "werden außer dieser grundsätzlichen Gesetzmäßigkeit wesentlich von den geographischen Naturgegebenheiten (z.B. trennende Flußläufe oder Bergketten), der verkehrsmäßigen Erschließung, sozialen und psychologischen Einflüssen sowie den absatzpolitischen Aktivitäten der einzelnen Einzelhandelsunternehmen bestimmt."²⁾ Auch die jeweilige Lage zu Konkurrenzbetrieben begrenzt oder erweitert das eigene Bedarfsgebiet.

"Generell wird die Ausdehnung eines Einzugsgebietes durch das Konsumentenverhalten bestimmt."³⁾ Aus den oben genannten Eigenschaften von Gesundheitsbedarfen läßt sich ableiten, daß Konsumenten sich im allgemeinen bemühen, möglichst kurze Beschaffungswege zu deren Deckung einzuschlagen. Ausgangspunkt kann dabei der Wohnsitz sein. Da Verbraucher i.d.R. bestrebt sind, verbundene Bedarfe zusammen zu decken, kommt bei vom Arzt verordneten Arzneimitteln auch dem Standort der aufgesuchten Arztpraxis eine Schlüsselstellung bei der Wahl der jeweiligen Apotheke zu. Sieht man einmal von persönlichen Präferenzen für bestimmte Einkaufsstätten sowie von der Möglichkeit ab, daß eine Arzneimittelnachfrage im Verbund mit anderen Tätigkeiten gedeckt wird, so kann davon ausgegangen werden, daß Patienten die Gesamtentfernung zwischen Wohnung, Arztpraxis und Apotheke minimieren wollen. Dabei spielt weniger die räumliche als vielmehr die "wirtschaftliche Entfernung als kombiniertes Maß der Zeit-Kosten-Entfernung"⁴⁾ zwischen den genannten geographischen Punkten eine entscheidende Rolle;⁵⁾ "denn die Ausdehnung

1) Vgl. hierzu Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 193; Gist: Retailing, S. 149 f.

2) Leitherer/Mielenhausen, op.cit., S. 326; vgl. hierzu auch Liebmann, Hans-Peter: Standort. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1907 f.

3) Wurth, op.cit., S. 58; vgl. auch Bunge, Helmut: Geplante Standorte für Einzelhandels- und Handwerksbetriebe, Bonn 1970, S. 44.

4) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 159 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

5) Vgl. auch Christaller, Walter: Die zentralen Orte in Süddeutschland, 2. Aufl., Darmstadt 1968, S. 56 f.

des Absatzgebietes ist keine Frage der räumlichen Entfernung, sondern der Möglichkeit, diese zu überwinden."¹⁾ Besonders wichtig sind hierbei die Verkehrsbedingungen, wenn man sich verdeutlicht, daß derzeit etwa 47 % aller Einkäufe in Spezial- bzw. Fachgeschäften mit Hilfe des Pkw getätigt werden und immerhin noch ca. 16 % auf öffentliche und andere Verkehrsmittel entfallen.²⁾

Das Marktfeld von Einzelhandelsbetrieben kann in verschiedene Zonen eingeteilt werden, "aus denen mit zunehmender wirtschaftlicher Entfernung vom Standort abnehmende Prozentsätze des Absatzpotentials zu erwarten sind."³⁾ Die faktische Feststellung solcher Zonen bereitet für niedergelassene Apotheken in bezug auf verschreibungspflichtige Arzneimittel wenig Schwierigkeiten, können sie doch jeweils den Praxisstandort des ausstellenden Arztes und die Wohnung des Patienten auf dem Kassenrezept ablesen. Tabelle 5 zeigt das Ergebnis derartiger empirischer Untersuchungen anhand zweier Beispiele.

Als ein Fazit dieser Analysen läßt sich festhalten, daß die Marktgebiete von Apotheken, die ihren Standort in Außenbezirken einer Stadt haben, (in bezug auf rezeptpflichtige Arzneimittel) weitgehend auf diese Bezirke begrenzt und ihre Absatzpotentiale auf die dort ansässigen Einwohner und Ärzte beschränkt sind. Dabei kann von einer maximalen Zeit zur Erreichung der Apotheke von Arzt bzw. Wohnung von ca. 10 - 15 Minuten ausgegangen werden.⁴⁾ Marktgebiete von Apotheken

1) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 159 f.

2) Vgl. Anders, Hans-Jürgen: Analyse des Einkaufsverhaltens. In: Der Einzelhandel 1978/80 - Versuch einer Standortbestimmung, hrsg. v. der Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung (GfK), Nürnberg 1978, S. 7.

3) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 160.

4) Vgl. hierzu allgemein in bezug auf das Einkaufsverhalten: Anders, op.cit., S. 6 f. In der amerikanischen Literatur werden in dieser Frage relativ exakte Entfernungsangaben gemacht (vgl. etwa Gist: Retailing, S. 177), deren Übertragung auf bundesdeutsche Verhältnisse allerdings wegen der u.a. unterschiedlichen geographischen und verkehrlichen Verhältnisse kaum

Tabelle 5: Prozentuale Verteilung der Rezepte in Einzugsbereichen von Apotheken nach dem Wohnsitz der Patienten und der Praxislage der verordnenden Ärzte.

	Stadt Wien ¹⁾		abgeschlossener Vorort einer süddeutschen Großstadt ²⁾
	Außenbezirk	Innenstadt	
Patient wohnhaft			
- im gleichen Bezirk wie der Standort der Apotheke	97,2	9,9	84,2
- in angrenzenden Bezirken	1,1	31,4	11,7
- weiter entfernt	1,7	58,7	4,1
Arztpraxis	100 %	100 %	100 %
- im gleichen Bezirk wie der Standort der Apotheke	92,9	17,2	91,0
- in angrenzenden Bezirken	5,0	26,7	4,5
- weiter entfernt	2,1	56,1	4,5
	100 %	100 %	100 %

in Zentrumsanlagen von Städten lassen sich dagegen kaum abgrenzen. Ihre Größe dürfte vor allem von der Konkurrenzstruktur, der jeweiligen Geschäftslage und der damit zusammenhängenden Dichte der Passantenströme sowie von den Verkehrsverhältnissen bestimmt werden. Insgesamt sind sie wesentlich ausgedehnter als Marktfelder in Vororten und Kleinstädten.

Wesentlich einfachere Verhältnisse als in Ballungsgebieten liegen in ländlichen Räumen und in Kleinstädten vor. Die Apo-

möglich erscheint. Auch die Angabe von geographischen Entfernungen in der Bundesrepublik ist für das einzelne Unternehmen nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. So stellt etwa Hamacher für Apotheken in einer Clusteranalyse eine Bandbreite des durchschnittlichen Einzugsbereichs von 7,6 qkm Fläche in Clustern, die Klein- und Mittelstädte umfassen, bis zu 84,7 qkm Fläche in Clustern auf dem flachen Land fest (vgl. Hamacher, Bernd: Kassenärztliche Bedarfsplanung und medizinische Versorgungsregionen - Ein Beitrag zur Konstruktion homogener Regionen medizinischer Versorgung. In: Ökonomie und Strategien der medizinischen Versorgung, Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen Bd. 8, hrsg. v. Fred Egge-ling, Berlin 1978, S. 131 f.).

1) Quelle: Flamm, Heinz/Kunze, Manfred J./Gredler, Brigitte/Kunze, Michael: Apotheken in Wien. Standorte, Einzugsbereiche, Inanspruchnahme, hrsg. v. Institut für Stadtforschung, Wien 1975, S. 47 ff.

2) Quelle: Eigene Erhebungen.

thekendichte ist dort geringer; Gemeinden bzw. Gemeindebezirke können leichter abgegrenzt werden. Die Einzugsgebiete einzelner Apotheken sind hier häufig mit Gemeinde- oder Bezirksgrenzen weitgehend identisch.¹⁾

Apotheker, die eine Neueröffnung planen, können auf vorhandene Unterlagen zur statistischen Auswertung nicht zurückgreifen. Bei ihnen konzentriert sich die Bestimmung des Einzugsgebietes auf die Lösung der Frage nach dem optimalen Standort.²⁾

Plausibel erscheint die Annahme, daß sich die Einzugsgebiete von Apotheken auf den Märkten für nicht verordnete apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel sowie für apothekenübliche Waren von den Bedarfsgebieten bei rezeptpflichtigen Medikamenten teilweise unterscheiden.³⁾ Einerseits spielt hier nämlich die Nähe zu Arztpraxen keine Rolle für die Einkaufsstättenentscheidung von Konsumenten, sieht man einmal von Zusatzkäufen bei der Einlösung eines Rezeptes ab. Andererseits steigt hier u.a. wegen der besonderen Bedeutung der fachlichen Beratung bei Pharmazeutika, die im Rahmen der Selbstmedikation eingenommen werden, der Stellenwert persönlicher Präferenzen im Vergleich zu räumlichen.

Die Abgrenzung des jeweiligen Einzugsgebietes ist für jeden Betrieb eine Voraussetzung, einerseits die Bedarfsträger und ihre strukturelle Schichtung, andererseits die Konkurrenzanbieter und ihr absatzpolitisches Verhalten zu ermitteln. Sie ist außerdem Grundlage für den Einsatz räumlich gestreuter Aktionsvariabler der Absatzpolitik, wie z.B. der Handzettelerwerbung oder der Auslieferung. Die Marktfeldbestimmung stellt eine schwer zu quantifizierende Aufgabe dar, die sich in der

1) Vgl. hierzu in bezug auf Lebensmittelbetriebe auch Wurth, op.cit., S. 64.

2) Vgl. hierzu ausführlich den Handlungsbereich der Standortpolitik auf S. 145 ff. dieser Arbeit.

3) In bezug auf Warenhäuser ermittelt auch zur Nieden unterschiedliche Einzugsgebiete für verschiedenartige Sortimentsbereiche des gleichen Warenhauses (vgl. zur Nieden, Walter: Möglichkeiten der Marktforschung in westdeutschen Warenhausunternehmen, Diss. Erlangen-Nürnberg 1968, S. 71).

Praxis nicht mathematisch exakt lösen läßt,¹⁾ wenngleich die Literatur umfangreiche Lösungsmodelle zur Verfügung stellt.²⁾ Die vorliegende Arbeit konnte im Rahmen ihrer Thematik hierfür nur Anhaltspunkte geben.

2. Bedarfsträger

Im Mittelpunkt der Bedarfsforschung steht die "Ermittlung der Bedarfsträger und ihrer strukturellen Schichtung."³⁾ Hierbei ist eine differenzierte Untersuchung einzelner Teilmärkte für Apothekenwaren vorzunehmen; denn diese weisen je unterschiedliche Bedarfsstrukturen auf, wie die folgenden Ausführungen zeigen werden.

Bedarfsträger können grundsätzlich private Haushalte (Einzelpersonen-, Mehrpersonenhaushalte) und Betriebe (im vorliegenden Fall vor allem: Arztpraxen, Kur- und Pflegeheime, Krankenhäuser) sein.⁴⁾ Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht eine Analyse des Bedarfs und der Nachfrage privater Haushalte. Der Anteil des Absatzes an Krankenanstalten und gewerbliche Verwender am gesamten Warenabsatz betrug im Jahre 1978 in einer Apotheke durchschnittlich nämlich nur 2 %.⁵⁾ Auf eine differenzierte Erforschung beispielsweise des Praxisbedarfs von Ärzten kann auch deshalb verzichtet werden, weil die Zahl der Ärzte und die von ihnen vertretenen Fachrichtungen sowie deren jeweiliger Bedarf an Apothekenwaren für alle Marktgebiete ohne Schwierigkeiten feststellbar sind; die Modalitäten der Belieferung von Ärzten beruhen teilweise auf persönlichen Absprachen zwischen Arzt und Apotheker.

1) Vgl. auch Wurth, op.cit., S. 63. Ein Überblick über heuristische Methoden der Ermittlung des betriebsindividuellen Einzugsgebietes findet sich bei Nauer, Ernst: Standortwahl und Standortpolitik im Einzelhandel, Bern und Stuttgart 1970, S. 159 ff.

2) Vgl. etwa Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 91; Gist: Retailing, S. 161 ff.; Huff, David L.: Defining and Estimating a Trading Area. In: Ronald R. Gist: Management Perspectives in Retailing, New York-London-Sydney 1967 (Zitierweise: Perspectives), S. 195 ff.

3) Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 46 (im Original kursiv).

4) Vgl. hierzu im allgemeinen Sandig: Bedarf, Sp. 314.

5) Vgl. Menge: Betriebsvergleich, S. 1701.

Auf den meisten, nach materialen Gesichtspunkten abgegrenzten Teilmärkten für apothekenpflichtige Arzneimittel ist die Anzahl der potentiellen Bedarfsträger als annähernd identisch mit der Bevölkerungszahl anzusehen; denn niemand ist gegen Krankheit gefeit. Für den einzelnen Betrieb gilt diese Aussage in gleicher Weise für die Zahl derjenigen Personen, die sich mittel- und längerfristig in seinem spezifischen Marktfeld aufhalten.¹⁾ Damit ergibt sich eine außerordentlich heterogene Struktur der potentiellen Bedarfsträger, was eine kundengruppenorientierte Marktsegmentierung erheblich erschwert.

"Als Marktsegmente bezeichnet man in sich homogene potentielle Abnehmergruppen, die sich voneinander durch ihr Konsumverhalten und/oder /ihre/ differenzierte Reaktion auf Instrumentalvariable des Marketing unterscheiden."²⁾ Eine Marktsegmentierung ist Voraussetzung für die Ausrichtung absatzpolitischer Aktivitäten auf die Anforderungen einzelner Konsumentenzielgruppen und Grundlage für eine differenzierte und effiziente Marktbearbeitung.

Zwar lassen sich auch Arzneimittelmärkte in verschiedene Patientensegmente aufspalten, wobei als Kriterien z.B. soziodemographische, einstellungs- und gewohnheits- sowie morbiditäts-spezifische Faktoren herangezogen werden können.³⁾ Ausgeschlossen ist jedoch eine Selektion einzelner Marktsegmente als ab-

1) Es müssen neben den Personen, die ihren Wohnsitz in dem betreffenden Einzugsgebiet haben, auch solche berücksichtigt werden, die nur vorübergehend (z.B. auf Besuch, Urlaub, Kur) hier anwesend sind. (Zur Unterscheidung von Wohnbevölkerung, ständiger Bevölkerung, ortsanwesender Bevölkerung und Tagesbevölkerung vgl. Mielenhausen, op.cit., S. 104).

2) Hill, Wilhelm: Marketing 1, 4. Aufl., Bern und Stuttgart 1977, S. 76; vgl. hierzu auch Meffert: Marketing, S. 213; Kotler: Marketing-Management, S. 163.

3) Vgl. hierzu z.B. die differenzierte Darstellung bei Winkelmann, op.cit., S. 161 ff., der beispielsweise anhand des Auftretens verschiedener Krankheitssymptome Segmente nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Behandlungsgewohnheiten bildet. Vgl. auch Dorn, op.cit., S. 125 f. sowie die dort zitierte Literatur, wo vor allem regionale, anthropologische, kulturelle und soziale Faktoren genannt werden, die Bedarfs-schwerpunkte bei einzelnen Arzneimittelgruppen determinieren.

satzpolitische Zielgruppen;¹⁾ denn die rechtliche, soziale und ethische Bindung des Leistungsangebots von Apotheken²⁾ verbietet es, bedienungswürdige Nachfrage etwa nach Verdienstmöglichkeiten auszuwählen.³⁾ Zudem ist die Bedarfsstruktur auf vielen Indikationsgebieten, deren Zahl an sich schon sehr hoch ist, derart heterogen, daß keine genügend großen Abnehmergruppen mit homogenem Verhaltensmuster isoliert werden könnten. Eine Auswahl einzelner Segmente würde daher das Absatzpotential einer Apotheke in einem Maße schmälern, daß die wirtschaftliche Basis verloren ginge. Außerdem muß berücksichtigt werden, daß gerade in denjenigen Patientenzielgruppen, auf die der Schwerpunkt der Gesundheitsnachfrage entfällt (Kinder, ältere Menschen), der Anteil derer recht hoch ist, die nicht selbst eine Apotheke aufsuchen, sondern Verwandte, Bekannte etc. mit der Medikamentenabholung beauftragen.⁴⁾ Für Einzelhandelsgeschäfte ist aber die Einkaufsstättenentscheidung der letzteren wesentlich.

So kann auf Märkten für apothekenpflichtige Arzneimittel in der Regel nur ein absatzpolitisches Programm erarbeitet werden, "das alle potentiellen Käufer ansprechen soll"⁵⁾, die sich in dem jeweiligen begrenzten Bedarfsgebiet aufhalten. Kotler nennt diesen Grundsatz der Definition einer Patientenzielgruppe im Gesundheitswesen "Gemeindeorientierung."^{6) 7)}

1) Zur Unterscheidung einer segmentierenden und selektierenden Markterfassung vgl. Behrends, Christian: Die Erfassung der betrieblichen Marktkonstellation, Schriften zur Handelsforschung Nr. 40, Köln und Opladen 1970, S. 44.

2) Vgl. hierzu S.31 ff. dieser Arbeit.

3) Vgl. allgemein Oettle: Analyse, S. 33 f.

4) Auf die besondere Problematik einer Marktsegmentierung für den Fall, daß Käufer und Verwender von Produkten nicht identisch sind, weist auch Meffert hin (Meffert: Marketing, S. 214).

5) Kotler: Marketing-Management, S. 165.

6) Kotler: Nonprofit-Organisationen, S. 305 (im Original kursiv).

7) Dies kann allerdings nicht bedeuten, daß einzelne Aktionsvariable, die sich auf Zusatzleistungen beziehen, nicht nach verschiedenen Patientenzielgruppen differenziert werden können. So unterscheiden sich möglicherweise etwa kreditpolitische Entscheidungen nach Einkommensklassen, Berufsgruppen, Zugehörigkeit zur Stammkundschaft etc.. Dasselbe gilt etwa für Entscheidungen über die Auslieferung von Waren für Gehbehinderte, Rentner.

Völlig andere Erkenntnisse gewinnt man bei dem Versuch, Marktsegmente bei freiverkäuflichen Arzneimitteln und apothekenüblichen Waren, die keine Arzneimittel sind, zu bilden. Einerseits existiert auf diesen Teilmärkten nicht die gleiche Angebotsbindung wie auf Märkten für apothekenpflichtige Medikamente. Zum anderen läßt sich eine überschaubare Anzahl weitgehend homogener Marktsegmente definieren, deren Anforderungen mit wesentlichen Angebotseigenschaften in hohem Maße korrelieren können: Wählt man z.B. die Kriterien Alter, Geschlecht und Familienstand als Grundlage für eine Marktsegmentierung,¹⁾ so lassen sich zwei zentrale Kundenzielgruppen für freiverkäufliche Arzneimittel und das Ergänzungssortiment in Apotheken abgrenzen, und zwar einerseits ältere Menschen (vor allem Rentner weiblichen Geschlechts), auf die beispielsweise das Angebot von Tonika²⁾ und Roborantia sowie von diätetischen Lebensmitteln ausgerichtet werden muß, andererseits weibliche Bedarfsträger mittleren und jüngeren Alters (insbesondere junge Mütter), an deren Wünschen etwa das Abgebot von Kosmetika und von Kindernähr- und -pflegemitteln zu orientieren ist. Die Anteile der genannten und anderer, ähnlich abgegrenzter Kundengruppen an der Gesamtbevölkerung im jeweiligen Marktfeld und deren strukturelle Schichtung sind wichtige Daten für eine Auswahl einzelner Marktsegmente und daher wesentliche Bestimmungsfaktoren für absatzpolitische, insbesondere sortimentspolitische Entscheidungen im Gesundheitspflegesortiment.

Neben den oben genannten demographischen Kriterien, die eine relativ einfache Abgrenzung von Marktsegmenten erlauben, können auch sozialpsychologische bzw. psychographische Faktoren, wie z.B. Einstellungen, Reaktionsweisen auf Umwelteinflüsse, Gewohnheiten, die das Kaufverhalten prägen, zur Bildung von Kunden-

1) Zu sozioökonomischen und demographischen Kriterien der Marktsegmentierung vgl. ausführlich Meffert: Marketing, S. 215 ff.; Kotler: Marketing Management, S. 165 ff.; Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 74 ff.

2) Neuere Marktuntersuchungen zeigen allerdings, daß zunehmend Verbraucher im Alter von etwa 40 Jahren, die über Streß, Nervosität und Erschöpfung klagen, Tonika kaufen (vgl. o.V.: Tonika in Apotheken. In: BAZ, 1.Jg. (1980), Nr. 12, S. 22).

zielgruppen herangezogen werden.¹⁾ Dabei erscheint für die Zwecke der vorliegenden Arbeit vor allem das Kriterium "Gesundheitsbewußtsein" bedeutsam.^{2) 3)} Um eine Marktsegmentierung nach diesem Kriterium durchführen zu können, sind (z.B. in Befragungen und Beobachtungen) Indikatoren zu finden, mit denen diejenigen Kundengruppen in möglichst homogenen Ausprägungen charakterisiert werden können, die in hohem Maße Wert auf gesundheitspflegendes Verhalten legen. Solche Indikatoren könnten beispielsweise Einstellungen von Individuen zu bestimmten sozialen Problemen und Werten sowie ihr Informationsverhalten sein.⁴⁾ Aus diesen Merkmalen lassen sich dann spezifische Anforderungen an Eigenschaften des Angebots ableiten. Umfassend fundierte psychographische Forschungen über solche gesundheitsspezifischen Merkmale, an denen sich der einzelne Apotheker orientieren könnte, sind allerdings bisher nach Kenntnis des Verfassers nicht geleistet worden.

Auf den Teilmärkten für freiverkäufliche Arzneimittel und sonstige apothekenübliche Waren müssen also gesonderte absatzpolitische Programme entwickelt werden, "die auf die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Käufer/schichten gezielt ausgerichtet sind."⁵⁾ Es findet eine "Orientierung an speziellen

1) Vgl. hierzu ausführlich Meffert: Marketing, S. 218 ff. Die Ermittlung solcher Faktoren weist für den einzelnen Unternehmer allerdings erhebliche Probleme auf (vgl. *ibid.*, S. 214; vgl. auch Bruhn, Manfred: Das soziale Bewußtsein von Konsumenten, Wiesbaden 1978, S. 82 ff.).

2) Als Beispiel für eine Marktsegmentierung nach dem ähnlichen Kriterium der "Einstellung von Konsumenten zur Gesundheitsvorsorge" vgl. Kroeber-Riel: Konsumentenverhalten, S. 201 f.

3) Zur Bedeutung des Gesundheitsbewußtseins der Bevölkerung für ihr medikamentöses Konsumverhalten vgl. Nord: Arzneimittelkonsum, S. 134 ff.

4) Vgl. hierzu Bruhn, *op.cit.*, S. 88 ff. sowie S. 93 f. Es ist z.B. zu vermuten, daß "gesundheitsbewußte" Konsumenten u.a. Werte wie Sicherheit, Sauberkeit, Hilfsbereitschaft, Ordnung bevorzugen und aktive Suche nach "neutralen", nicht unternehmungsgesteuerten gesundheitlichen Informationen betreiben.

5) Kotler: Marketing-Management, S. 165.

Interessentengruppen"¹⁾ statt. Dabei ist für jedes einzelne Marktsegment das Ausmaß seiner Bearbeitung festzulegen; denn einerseits besitzen verschiedene Zielgruppen unterschiedliche Bedeutung für die Erreichung unternehmerischer Ziele, andererseits verhindern die beschränkten Ressourcen jedes Unternehmers, daß auf alle Konsumentenschichten gleichermaßen intensiv eingewirkt werden kann.²⁾

Zur betriebsindividuellen Ermittlung der Bedarfsträger und ihrer strukturellen Schichtung kann teilweise auf sekundär-statistisches Material zurückgegriffen werden, so z.B. auf Adreßbücher und auf Unterlagen der statistischen Ämter bzw. Wahlämter von kreisfreien Städten und Landkreisen. Auch über-regionale amtliche und private Organisationen erstellen solche Daten, meistens jedoch nur für größere Bezirke (z.B. Stadt- und Landkreise).³⁾ Derartige Informationen beziehen sich vor allem auf sozio-demographische Kriterien der Marktsegmentierung.

Auch eigene Primärerhebungen niedergelassener Apotheken können Erkenntnisse über Zahl und Struktur der Bedarfsträger sowie die Verteilung ihrer Nachfrage auf bestimmte Warengruppen des nicht-apothekenpflichtigen Sortiments liefern. Ihre Durchführung ist vor allem dann notwendig, wenn Informationen für eine Marktsegmentierung nach psychographischen Merkmalen gesucht werden. Als Instrument hierfür bietet sich vor allem eine Befragung der Kunden an.⁴⁾ Dabei kann der wesentliche Nachteil

1) Kotler: Nonprofit-Organisationen, S. 305 (im Original teilweise kursiv).

2) Vgl. hierzu *ibid.*, S. 117 f.

3) Vgl. hierzu ausführlich Kapferer, Clodwig: Marktdaten, statistische. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1328 ff.; vgl. auch den umfangreichen Katalog von Informationsquellen in: Stark, Heinz: Marketing im Handwerk, Stuttgart et al. 1979, S. 26 f.

4) Zur Befragung als Methode der Marktforschung im Einzelhandel vgl. Mielenhausen, *op.cit.*, S. 115 ff.; zur Nieren, *op.cit.*, S. 168 ff. Allgemein zur Befragung als einer Primärforschungsmethode und zu ihren Problemen vgl. z.B. Schäfer/Knoblich, *op.cit.*, S. 276 ff.; Hammann, Peter/Erichson, Bernd: Marktforschung, Stuttgart-New York 1978, S. 67 ff.; Hill: Marketing 1, S. 170 ff.

jeder Befragung am Einkaufsort, "daß grundsätzlich nur tatsächliche Besucher ... des Einkaufszentrums oder Ladengeschäftes in die Untersuchung einbezogen sind"¹⁾, dann erheblich verringert werden, wenn die Analyse langfristig durchgeführt wird. Da über 50 Prozent der Bevölkerung wenigstens einmal im Monat Arzneimittel einnehmen²⁾ und das Auftreten von Krankheitssymptomen von niemandem mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, ist nämlich bei genügend langfristiger Umfragetätigkeit ein hoher Prozentsatz der Bevölkerung zu erreichen.³⁾ Eine Befragung eröffnet auch die Chance, von Kunden, die allein ein Rezept einlösen oder apothekenpflichtige Arzneimittel einkaufen, die Gründe dafür festzustellen, daß sie ihre Bedarfe an apothekenüblichen Waren in Betrieben anderer Branchen decken.

Es ist noch darauf hinzuweisen, daß nicht nur die Anzahl der gegenwärtigen Bedarfsträger und deren Schichtung ermittelt werden müssen, sondern auch ihre zukünftig erwarteten Veränderungen. Hierfür stehen Statistiken über natürliche Bevölkerungsbewegungen und sogenannte Wanderungsstatistiken zur Verfügung; im übrigen können Methoden der Bevölkerungsprognose angewendet werden.⁴⁾ Anhaltspunkte vermögen auch z.B. Bebauungspläne von Gemeinden oder öffentliche Förderungsprogramme hinsichtlich eines Ausbaus der Infrastruktur oder des Erholungswertes bestimmter Gebiete zu geben.

1) Mielenhausen, op.cit., S. 116.

2) Vgl. die Ergebnisse einer empirischen Erhebung auf S. 84 dieser Arbeit.

3) In Apotheken stellt sich daher eher die Problematik, Mehrfachzahlungen von chronisch langzeitkranken Stammkunden auszuschneiden.

4) Vgl. hierzu Mielenhausen, op.cit., S. 103 ff.

3. Bedarfsfaktoren

Unter Bedarfsfaktoren werden solche Größen und Vorgänge verstanden, "die nach dem Stand unserer Erkenntnis bedarfsbestimmend wirken."¹⁾ Entsprechend der Definition des Bedarfsbegriffes, werden allgemein die Bedürfnisse und die Kaufkraft als Bedarfsfaktoren genannt.²⁾ Eine faktische Analyse dieser beiden Komponenten reicht jedoch nicht aus, um das Zustandekommen von ökonomisch relevanten Bedarfen und ihre marktliche Artikulierung zu erklären. "Da einer Nachfrage i.d.R. eine bestimmte Bedürfnisorientierung zugrunde liegt, ist es für die Beurteilung von Maßnahmen zur Nachfragesteuerung von entscheidender Wichtigkeit, unter welchen Bedingungen sich bestimmte Bedürfnisse ausbilden und verändern."³⁾ Es müssen also auch Faktoren analysiert werden, die das Wirksamwerden von Bedürfnissen beeinflussen⁴⁾ und dafür verantwortlich sind, daß diese sich gerade auf Arzneimittel und andere Waren und/oder Dienstleistungen ausrichten, die Apotheken zu ihrer Deckung anbieten.

a. Zur Bildung von Bedürfnissen an Gesundheitsgütern

Bedürfnisse nach Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren sind abgeleitete Bedürfnisse.⁵⁾ Sie entspringen zum einen dem Bestreben nach Heilung von Krankheiten oder zumindest Linderung von Beschwerden, zum anderen dem Wunsch, einen bestimmten Gesundheitszustand zu erhalten. Wichtige Anhaltspunkte für Art und Umfang von Gesundheitsbedürfnissen vermag daher die Morbiditätsstruktur der Bevölkerung zu liefern. Ihr Aussagewert weist jedoch enge Grenzen auf; denn ihre Ermittlung ist mit großen Fehlern und Ungenauigkeiten behaftet.⁶⁾

1) Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 109.

2) So z.B. Sandig: Bedarf, Sp. 315.

3) Nord: Steuerung, S. 169 (Hervorhebungen vom Verfasser, R.S.). Zu den Faktoren, die auf die Bedarfsbildung allgemein einwirken, vgl. ausführlich Sandig: Markt, insbes. S. 19 ff.

4) Vgl. hierzu auch Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 126 f.

5) Vgl. S. 21 ff. und S. 27 dieser Arbeit.

6) Vgl. hierzu ausführlich Nord: Arzneimittelkonsum, S. 126; Schneider, Erich-Dieter: Die Absatzpolitik pharmazeutischer Industrieunternehmen, Berlin-Heidelberg-New York 1965, S. 5 ff.

Die genannten Bedürfnisse können einerseits automatisch, aus dem jeweiligen Gesellschaftssystem heraus gebildet, andererseits unternehmerisch gesteuert werden.¹⁾ Die Einflußfaktoren auf die Formung von Gesundheitsbedürfnissen sind außerordentlich komplex. Ihre vor allem der Medizin, Medizinsoziologie und Psychologie vorbehaltene Erforschung steckt noch in den Anfängen. Die vorliegende Arbeit kann daher zur Lösung der Frage nach der Bildung von Gesundheitsbedürfnissen nur wenige grundlegende Anhaltspunkte aufzeigen, die einen Ansatz für absatzpolitische Maßnahmen bieten.

Bedürfnisse an therapeutischen Mitteln wird der Patient i.d.R. automatisch mit dem Auftreten von subjektiv empfundenen Krankheitssymptomen verspüren.²⁾ Maßgeblich hierfür ist u.a. der jeweilige sozio-kulturelle Entwicklungsstand einer Gesellschaft, der darüber entscheidet, "welche körperlichen oder seelischen Phänomene als Krankheiten akzeptiert werden und mit den zur Verfügung stehenden Mitteln therapiert werden ..."^{3) 4)} Auch differierende Einstellungen zu Krankheitssymptomen und Reaktionsgewohnheiten auf ihre Erscheinung sowie die Zugehörigkeit zu verschiedenen, nach soziodemographischen und psychographischen Merkmalen abgegrenzten Bevölkerungsgruppen können zu einer unterschiedlichen Empfindung von Heilungsbedürfnissen führen.⁵⁾

-
- 1) Zur Unterscheidung von automatischer und unternehmerisch gesteuerter Bedürfnisbildung vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 123 ff.
 - 2) Vgl. auch Solc, op.cit., S. 102, der allerdings nicht zwischen Bedürfnis und Bedarf differenziert.
 - 3) Nord: Arzneimittelkonsum, S. 18; vgl. auch Freidson, Elliot: Dominanz der Experten - Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung, hrsg. und übersetzt von J.J. Rohde, Medizin und Sozialwissenschaften 3, München 1975, S. 137.
 - 4) Hierbei ist z.B. hinzuweisen auf das in unserer Gesellschaft zu beobachtende zunehmende Unvermögen der Bevölkerung, Schmerzen und Mißbefindlichkeiten ertragen zu können und zu wollen, das tendenziell zu einer Ausweitung der Anzahl von Symptomen führt, deren Auftreten Gesundheitsbedürfnisse verursacht (vgl. auch Langmann, Haus-Joachim: Anspruch und Verantwortung der Chemisch-Pharmazeutischen Industrie in einer sich wandelnden Welt. In: Bayerischer Monatsspiegel, 16.Jg. (1980), Nr. 2, S. 10).
 - 5) Vgl. hierzu im einzelnen Solc, op.cit., S. 104 f.

Heilungsbedürfnisse können auch im Zuge einer gesundheitlichen Beurteilung durch andere Personen geweckt werden.¹⁾ Hierbei nimmt der Arzt eine zentrale Stellung ein. Er diagnostiziert möglicherweise eine Indikation, für deren Existenz der Patient keinerlei Anhaltspunkte hatte. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn behauptet wird, daß der Bedarf an medizinischen Leistungen weniger einem Bedürfnis des Patienten selbst entspringe, sondern eher der Entscheidung eines Arztes, welchen Bedarf der Patient haben sollte.²⁾ Einflußmöglichkeiten von Apothekern auf diese Art der Bedürfnisbildung existieren kaum.

Bedürfnisse an präventiven Maßnahmen der Gesundheitspflege werden in erster Linie von Experten gesteuert, z.B. wenn dem Bürger mögliche Folgen unterlassener Vorsorgeuntersuchungen oder ungenügender Hygiene deutlich gemacht werden oder die Schädlichkeit von Zigaretten- und Alkoholkonsum sowie von kalorienreicher Nahrung vor Augen geführt wird. Die Forcierung derartiger Berichte in den Medien bewirkt eine Sensibilisierung der Bevölkerung für die gesundheitliche Prophylaxe³⁾ und ist sicherlich ein wesentlicher Grund für die in der Bundesrepublik gegenwärtig zu beobachtende "Gesundheitswelle".⁴⁾ Die Ausprägung von Gesundheitspflegebedürfnissen wird weiterhin vom jeweiligen

-
- 1) Vgl. hierzu Brennecke, Ralph: Mikroanalytische Gesundheitsstrukturen: Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und Arzt-Individuum-Beziehungen. In: Ökonomie und Strategie der medizinischen Versorgung, Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen Bd. 8, hrsg. v. Fred Eggeling, Berlin 1978, S. 33 ff.
 - 2) Vgl. Boulding, Kenneth E.: The Concept of Need for Health Services. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44 (1966), Part two, S. 212; Ruhr, op.cit., S. 160 f.; Freidson, op.cit., S. 137; Liefmann-Keil, op.cit., S. 34; Ziegler, Bernd: Arzneimittelversorgung und Wettbewerb, Wirtschaftspolitische Studien 54, Göttingen 1980, S. 105.
 - 3) Vgl. auch Haas, op.cit., S. 38.
 - 4) In der Bevölkerung der Bundesrepublik ist nämlich in neuerer Zeit eine gewisse Einstellungswandlung zu beobachten. Die mit dem Satz: "Um meine Gesundheit kümmernere ich mich erst, wenn ich mal krank bin", zu umschreibende Mentalität ist weitgehend der Einstellung gewichen, aktives vorbeugendes Gesundheitsverhalten sei vonnöten.

sozio-kulturellen Entwicklungsstand und der Schichtenzugehörigkeit bestimmt. Eine besondere Rolle spielt außerdem die zunehmende Freizeit des Bundesbürgers, die z.B. einen Sport- und Reisekonsum verursacht, der zur Bildung spezifischer gesundheitlicher Vorsorgebedürfnisse führt. Dem Apotheker eröffnet sich hierbei die Möglichkeit, durch entsprechende Leistungsangebote, wie etwa die Zusammenstellung von Reise- und Sportapotheken, auf der genannten Welle "mitzuschwimmen". Er vermag diese Entwicklung aber auch durch eigene absatzpolitische Strategien mitzusteuern, vor allem durch die Kreation von Leistungen, die Krankheitsproblemen, welche möglicherweise durch Freizeitkonsum gefördert werden, vorzubeugen vermögen.

Mit der Feststellung, daß innerhalb eines gewissen Raum-Zeit-Bezugs bestimmte Bedürfnisse an Gesundheitsleistungen vorliegen, ist für wirtschaftliche Zwecke wenig gewonnen. Bedürfnisse sind vielmehr ökonomisch nur dann faßbar, wenn sie sich auf konkrete Güter und/oder Dienstleistungen ausrichten.¹⁾ So müssen sich Bedürfnisse an Gesundheitsleistungen nicht notwendigerweise in dem Gut Arzneimittel konkretisieren. Vielmehr sind Bedürfnisse nach Medikamenten "grundsätzlich instrumentell und zufällig"²⁾, weil Pharmazeutika Mittel zur Erreichung bestimmter therapeutischer, diagnostischer oder präventiver Zwecke sind und weil möglicherweise gegenwärtig und zukünftig andere Maßnahmen diese Zwecke besser erfüllen.³⁾ Eine zentrale Rolle bei der Konkretisierung von Gesundheitsbedürfnissen spielt der Arzt.⁴⁾ Da Patienten i.d.R. kaum Kenntnisse über die Eignung von Gesundheitsgütern besitzen, ihre spezifischen Gesundheitsprobleme zu lösen, besteht bei ihnen nämlich eine hohe Bereitschaft, "Produkturteile solchen Personen zu übertragen, deren Sachver-

1) Vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 118. Zu verschiedenen Phasen der Konkretisierung von Bedürfnissen vgl. Engel, James F./Blackwell, Roger D./Kollat, David T.: Consumer Behavior, New York et al. 1968, S. 447 f.

2) Nord, Dietrich: Steuerung, S. 171.

3) Vgl. ibid., S. 171. So substituiert beispielsweise in verschiedenen Bereichen die Akupunktur die Arzneimittelapplikation.

4) Vgl. hierzu auch Schneider, Erich-Dieter, op.cit., S. 15 f.

ständigkeit glaubwürdig erscheint."¹⁾ Dies trifft für Medikamente, die im Rahmen der Selbstmedikation nachgefragt werden, sowie für präventive Mittel der Gesundheitspflege in hohem Maße auch auf den Apotheker zu.²⁾ Er vermag zudem bis zu einem gewissen Maß vor allem durch den Einsatz von Kommunikationsinstrumenten sowohl auf das Verschreibungsverhalten von Ärzten als auch auf die Einstellungen von Patienten zur Arzneimitteltherapie allgemein einzuwirken.

Ein wesentlicher Faktor für das Therapieverhalten von Arzt und Patient (vor allem bei der Selbstmedikation) stellt in diesem Zusammenhang das Ausmaß an Vertrauen dar, das diese in die Heilungschancen des vorhandenen Arzneimittelschatzes setzen.³⁾ Bestehendes Mißtrauen bildet gleichsam eine Schwelle für die Ausrichtung von Gesundheitsbedürfnissen auf Arzneimittel, die möglicherweise erst dann überwunden wird, wenn andere therapeutische Maßnahmen versagt haben. Hier liegt ein wichtiger Ansatzpunkt für absatzpolitische Aktivitäten von Apothekern, die das Ziel verfolgen, über Nutzen und Risiken medikamentöser Therapien aufzuklären und Bedürfnisse nach einem Konsum weitgehend risikoloser, gesundheitsfördernder prophylaktischer Mittel, wie z.B. "apothekenüblicher Waren", zu wecken und zu stimulieren.

Viele Verbraucher "sind anspruchsvoller und kritischer geworden."⁴⁾ Sie geben sich bei der Suche nach Lösungen von Konsum-

1) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 67 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

2) In einer Umfrage beurteilten immerhin 75 % aller befragten Konsumenten die Ratschläge in der Apotheke als positiv, nur 13 % gaben negative Antworten. (Der Rest machte sonstige Angaben bzw. äußerte sich überhaupt nicht.) Insbesondere wurde dem Apotheker großes Fachwissen und Erfahrung bescheinigt. Über ein Fünftel aller Befragten bestätigte ausdrücklich, gute Erfahrungen mit Ratschlägen gemacht zu haben, die in einer Apotheke erteilt wurden (vgl. Maasberg, op.cit., S. 138 f.).

3) Vgl. hierzu z.B. Nord: Arzneimittelkonsum, S. 11 und S. 138 ff.

4) Marzen, Walter: Handelsmarketing der Zukunft. In: Marketing heute und morgen. Entwicklungstendenzen in Theorie und Praxis, hrsg. v. Heribert Meffert, Wiesbaden 1975, S. 434.

problemen, hier: Gesundheitsproblemen, nicht mehr allein mit einer hohen Funktionalität von Gütern zufrieden, sondern streben umfassende Konsumerlebnisse an, die sich etwa auf Nebenleistungen beziehen können, die mit den Sachgütern in Verbindung stehen, wie z.B. Beratung, Geschäftsatmosphäre, Produktauswahl.¹⁾ Der Apotheker kann versuchen, im Rahmen einer Befragung Aufschlüsse über solche Bedürfnisse zu erhalten²⁾ und damit eine Grundlage dafür zu schaffen, ganzheitliche Problemlösungen im Gesundheitsbereich anzubieten.³⁾

b. Zur Bedeutung der Kaufkraft bei Gesundheitsgütern

Als wesentlicher Faktor für das Wirksamwerden von Bedürfnissen wird die Kaufkraft der Bevölkerung genannt.⁴⁾ Für Arzneimittelbedarfe muß diese Aussage jedoch erheblich modifiziert werden. Aufgrund des hohen Anteils gesetzlich versicherter Personen in der Bevölkerung, die sich an Arzneimitteln, die von einem Arzt auf Kassenrezept verordnet worden sind, i.d.R. lediglich mit einem Betrag von DM 1.-- je Präparat selbst zu beteiligen haben, ist die Kaufkraft der Bevölkerung, deren wesentlichster Bestandteil das frei verfügbare Einkommen darstellt, für durchschnittlich 67 % des Umsatzes einer Apotheke⁵⁾ von völlig untergeordneter Bedeutung. Der Konsument gibt hier "nur den Anstoß zur Kaufkraftverwendung, ohne damit auf den Umfang der Ausgaben und die Verwendungszwecke Einfluß nehmen zu können."⁶⁾ Wichtig wird eine Untersuchung der Kaufkraft für den Bereich

-
- 1) Vgl. ähnlich Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 530 f. Eine zunehmende Bedeutung des ästhetischen Umfeldes bei der Kaufentscheidung von Konsumenten auch für Medikamente konstatieren z.B. Friesewinkel/Abt, op.cit., S. 73.
 - 2) Vgl. hierzu z.B. Kotler, Nonprofit-Organisationen, S. 126 f.
 - 3) Zum Einfluß des Angebots auf die Bedarfsgestaltung vgl. z.B. Sandig: Markt, S. 27 f. und S. 36 f.
 - 4) Vgl. Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 119; Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 126.
 - 5) Dies ist der durchschnittliche Anteil des Absatzes an Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Menge: Betriebsvergleich, S. 1701).
 - 6) Schneider, Erich-Dieter, op.cit., S. 26.

der Selbstmedikation mit Arzneimitteln und für andere apothekenübliche Waren, da das regionale Kaufkraftpotential sowie die Kaufkraftflüsse die jeweilige Ausprägung des Bedarfs an diesen Waren beeinflussen können.

Informationen über die jeweilige regionale Kaufkraft bilden daher Daten etwa für sortimentspolitische Entscheidungen über die Aufnahme exklusiver, (relativ teurer) Kosmetikmarken. Erkenntnisse über Kaufkraftschwankungen können z.B. den zeitlichen Einsatz der Werbung mit Konzentrationen zu Monatsende und -anfang beeinflussen. Kaufkraftflüsse steuern möglicherweise die Standortwahl in wesentlichem Maße, was bei Apotheken allerdings zu einer Verletzung gesundheitspolitischer Leistungsziele führen kann.¹⁾

Zur Ermittlung der regionalen Kaufkraft existiert umfangreiches sekundärstatistisches Material.²⁾ Ausführliche Literatur

gibt es auch zu Kaufkraftanalysen und zur Kaufkraftflußforschung.³⁾ Angesichts der Tatsache, daß das verfügbare Nettoeinkommen i.d.R. der wichtigste Bestimmungsfaktor der Kaufkrafthöhe ist, muß die Tendenz erwähnt werden, daß mit zunehmendem Einkommen der Bevölkerung und damit steigendem Wohlstand "ein wachsender Prozentsatz der zur Verfügung stehenden Kaufkraft für Gesundheits- und Körperpflege verwendet wird."⁴⁾

Dies gilt in besonderem Maße für präventive Mittel.⁵⁾ Daher kann in Regionen, Orten und Ortsteilen mit überdurchschnittlichem Kaufkraftpotential auch mit einem tendenziell höheren Anteil der Nachfrage nach Waren der Gesundheitspflege gerechnet werden als in Bedarfsgebieten mit unterdurchschnittlicher Kaufkraft.

1) Vgl. hierzu den Abschnitt über die Standortwahl auf S. 145 ff. dieser Arbeit.

2) Vgl. etwa die Kaufkraft- und Kreiskarte der Bundesrepublik, hrsg. v. der Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung (GfK) e.V., Nürnberg.

3) Zur Analyse der regionalen Kaufkraft und Verbrauchsangaben privater Haushalte vgl. etwa Mielenhausen, op.cit., S. 118 ff.; vgl. hierzu auch Rothhaar, Peter: Konsumentennachfrage, Ermittlung der. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1020 ff.; Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 119 ff.; Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 143 ff.

4) Dorn, op.cit., S. 118. Dies hängt u.a. damit zusammen, daß Bedürfnisse, die dem Schutze der Gesundheit dienen, dort am meisten entwickelt zu sein scheinen, wo ein besonders hoher Lebensstandard herrscht (vgl. Angehrn: Marktforschung, S. 40).

5) Vgl. Dorn, op.cit., S. 116.

4. Bedarfsäußerungen im Markt (Nachfrage)

Der Bedarfsbegriff ist außerordentlich komplexer Natur. Bisher existieren keine praktikablen und zuverlässigen Methoden für den einzelnen Unternehmer, Umfang und Art von Gesundheitsbedarfen, die er durch sein Angebot decken will, exakt zu messen. Er muß daher auf statistisch ermittelbare Größen zurückgreifen, die als Indikatoren des Bedarfs dienen können, will er quantifizierbare Informationsgrundlagen für absatzpolitische Entscheidungen gewinnen. Faktisch meßbar sind weitgehend nur die Bedarfsäußerungen von Konsumenten im Markt (die Nachfrage).¹⁾ Da die Nachfrage nach Gesundheitsgütern nicht mit dem Bedarf an ihnen identisch ist, ist dieser Indikator allerdings mit Fehlern behaftet. Umfassende wissenschaftliche Untersuchungen über die Auswirkungen von Angstgefühlen, Bequemlichkeit, Zeitmangel, Resignation etc. auf die faktische Äußerung von Gesundheitsbedarfen existieren jedoch nach Kenntnis des Verfassers nicht, so daß keine genaueren Informationen zur Verfügung stehen.²⁾

Es wurde gezeigt, daß für die Konkretisierung von Bedürfnissen an rezeptpflichtigen Medikamenten und damit für die Nachfrage nach diesen ausschließlich der Arzt verantwortlich ist. Der Apotheker hat hierauf kaum Einfluß. Sein besonderes Interesse gilt daher einer Analyse von Bedarfsäußerungen nach nicht-rezeptpflichtigen Arzneimitteln und sonstigen apothekenüblichen Waren, wobei eine Untersuchung des Einkaufsverhaltens von Kunden in einer Apotheke im Mittelpunkt steht. Dabei sind sowohl Bestimmungsfaktoren der qualitativen Nachfrage nach bestimmten Warengruppen³⁾ als auch solche der quantitativen

1) Zu Methoden der Nachfragemessung vgl. etwa Kotler: Marketing-Management, S. 202 ff.

2) So zieht Nord den Nachfragebegriff dem Bedarfsbegriff bei der Ermittlung des Arzneimittelverbrauchs vor (vgl. Nord: Arzneimittelkonsum, S. 20).

3) Als zentrale und umfassende Bestimmungsgröße hierfür bietet sich das Geschäftsimage der Institution Apotheke an (zur absatzpolitischen Bedeutung des Geschäftsimages im Einzelhandel vgl. Henseler, Reinhold: Imagepolitik in Betrieben des mittelständischen Facheinzelhandels, Göttingen 1978, insbes. S. 7 ff.).

Nachfrage zu analysieren. Weiterhin muß geklärt werden, wie die genannte Nachfrage auf Veränderungen des Einsatzes absatzpolitischer Instrumente reagiert und welchen kurz- und langfristigen Schwankungen und Verschiebungen sie unterliegt.

a. Das Apothekenimage als wesentlicher Bestimmungsfaktor für die qualitative Nachfrage nach einzelnen Warengruppen

Wichtige Aufschlüsse über das Kaufverhalten von Konsumenten könnten empirische Untersuchungen über Motive und Gewohnheiten der Wahl einer Apotheke als Einkaufsstätte liefern.¹⁾ Insbesondere Kenntnisse über Einstellungen und Meinungen der Bevölkerung zur Institution Apotheke, d.h. über deren Image, sind Voraussetzung für eine wirksame Beeinflussung des Kundenverhaltens. Das Image ist ein individueller Gesamteindruck, den eine Person bzw. Personengruppe von einem Meinungsgegenstand (hier: einem Betrieb) besitzt und der auf Beziehungen zwischen ihr und dem Gegenstand beruht.²⁾ Dem Image kommt

-
- 1) Umfassende, wissenschaftlich fundierte Untersuchungen über die Einkaufsstättenwahl von Apothekenkunden existieren nach Kenntnis des Verfassers nicht. Vor einer undifferenzierten Übertragung allgemein gewonnener Erkenntnisse (vgl. hierzu ausführlich Heinemann, Michael: Einkaufsstättenwahl und Firtentreue des Konsumenten, Wiesbaden 1976, passim) auf den Bereich des Gesundheitswesens muß angesichts des Eigentümlichkeiten, die Gesundheitsleistungen anhaften (vgl. hierzu S. 20 ff. dieser Arbeit), gewarnt werden. Zudem liegen gerade bei Klein- und Mittelbetrieben, zu denen auch Apotheken zählen, häufig derart spezialisierte Marktbedingungen vor, daß allgemeine Kenntnisse der Marktforschung diese nicht zu erklären vermögen (vgl. Gerth, Ernst: Marktforschung für Klein- und Mittelbetriebe. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1353).
 - 2) Vgl. zu dieser Definition Tietz: Marketing, S. 305 und Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 95; zum Begriff des Image vgl. ausführlich Johanssen, Uwe: Image. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 811 ff.; Rosenstiel, Lutz von/Ewald, Guntram: Marktpsychologie. Band II, Psychologie der absatzpolitischen Instrumente, Stuttgart et al. 1979, S. 36 f.; Kroeber-Riel: Konsumentenverhalten, insbes. S. 190 f.; zum Firmenimage vgl. ausführlich Bergler, Reinhold: Psychologie des Firmenbildes. In: Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz und Handel der Hochschule St. Gallen, Heinz Weinhold-Stünzi, Zürich 1978, S. 43 ff.

"eine die Meinungen und das Verhalten des Individuums im sozialen Feld entscheidend mitbestimmende Funktion zu."¹⁾
Z.B. wirkt es auf "Konsumenten bei der Geschäftswahl handlungssteuernd, so daß ein .. Äpotheker seine Marketingaktivitäten unter Berücksichtigung ihrer Konsequenzen für sein Unternehmensimage einsetzen muß."²⁾

Ein Image ist wandelbar und damit auch beeinflussbar.³⁾ Es setzt sich aus einzelnen Faktoren zusammen, wobei in einem Handelsunternehmen vor allem die absatzmarktgerichteten Aktivitäten für die Ausprägungen dieser Faktoren verantwortlich sind.⁴⁾ Will ein Unternehmen eine bewußte Gestaltung seines Images betreiben, so muß es einerseits denjenigen Faktoren besondere Aufmerksamkeit schenken, die in ihrer Beurteilung dominant für den Gesamteindruck wirken.⁵⁾ Zum anderen ist bei "der planvollen Steuerung des Imageaufbaus .. in zeitlicher Hinsicht das Prinzip der Kontinuität anzuwenden. Danach müssen die zeitlich aufeinander folgenden Aktivitäten des Handelsunternehmens Ähnlichkeiten in ihrem Bedeutungsgehalt aufweisen, um dem Image Identität zu geben."⁶⁾

Eine umfassende, wissenschaftlich fundierte Analyse der Images von Apotheken existiert bisher nicht. In Ansätzen wurde versucht, Eigenschaftsprofile der Apotheke bzw. des Apothekers in Umfragen zu ermitteln. Dabei ergibt sich folgendes Merkmalsprofil des Apothekenimages:

1) Johannsen, op.cit., Sp. 811 (im Original kursiv).

2) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 94.

3) Zu Möglichkeiten der Image-Korrektur vgl. Kotler: Nonprofit-Organisationen, S. 138 ff.

4) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 99; Tietz: Marketing, S. 305.

5) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 97; vgl. hierzu auch Heinemann, op.cit., S. 169 ff.

6) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 97 f. (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen); vgl. ähnlich Bergler, op.cit., S. 59.

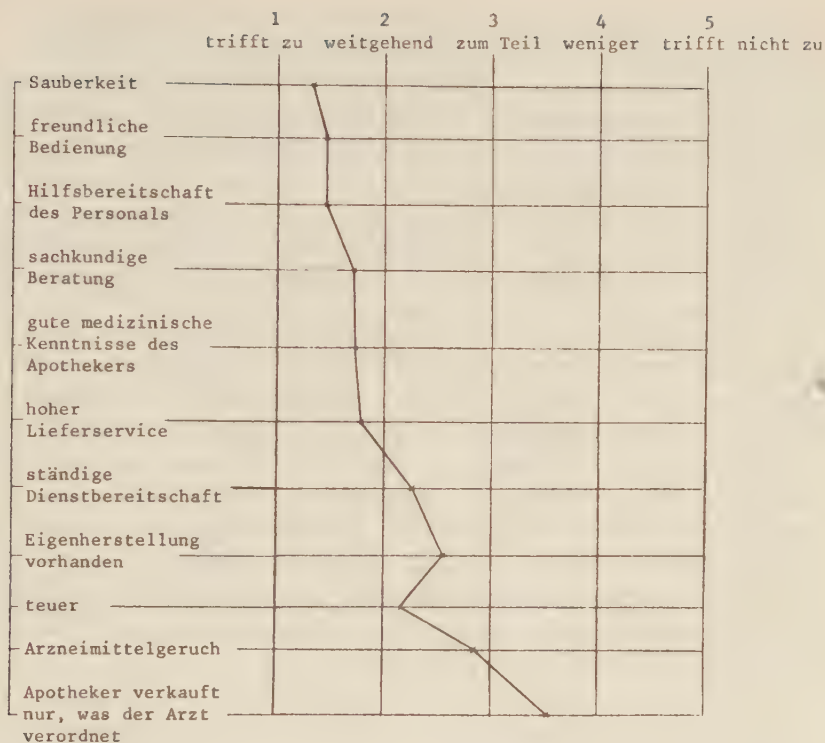


Abbildung 4: Merkmalsprofil des Apothekenimages¹⁾

Das dargestellte Merkmalsprofil des Apothekenimages weist nur einen begrenzten Aussagewert auf. Erkenntnisse über die Ausprägungen wesentlicher Eigenschaften der Apotheke, die für den Einsatz absatzpolitischer Aktionsvariablen wichtig wären, wie z.B. Meinungen über die Qualität des Produktangebots, die Breite des Sortiments, die Preise im Ergänzungssortiment, über Werbeaktivitäten und das Kommunikationsverhalten des Apothekers im einzelnen fehlen. Zudem scheinen die Ergebnisse über den Lieferservice, die Eigenherstellung und die Preiswürdigkeit eindeutig zu positiv ausgefallen zu sein. Es spricht nämlich

1) Quelle: Auszug aus Maasberg, op.cit., S. 143 und S. 149.

einiges für die Vermutung, daß wesentliche Hemmnisse für die Wahl einer Apotheke als Einkaufsstätte in großen Teilen der Bevölkerung einerseits die Vermutung hoher Preise ("Apothekerpreise"), andererseits die Einschätzung der Apotheke als "Krankheitsbetrieb" und nicht als "Gesundheitsbetrieb"¹⁾ darstellen, der nur dann zur Deckung von Nachfrage nach Gesundheitsgütern aufgesucht wird, wenn bereits Krankheitssymptome vorliegen. Der Art nach handelt es sich bei Apotheken also fast ausschließlich um Nachfrage nach Gütern, die der Wiederherstellung der Gesundheit dienen, und damit um apothekenpflichtige Waren.

Der Bedarf an gesundheitspflegenden Waren und Dienstleistungen äußert sich nicht oder nur in sehr geringem Umfang auf Apothekenwarenmärkten. Diese Güter werden im allgemeinen in Apotheken nur nebenbei, gewissermaßen zufällig und zusätzlich zu der eben skizzierten qualitativen Nachfrage erworben. Dies bedeutet, daß die Apotheke (bisher) als Einkaufsstätte zur Gesundheitspflege und -vorsorge sozial nicht akzeptiert ist. Daß ein wesentlicher Grund für diese Tatsache im Angebotsverhalten der Apotheker selbst liegt, werden die Ausführungen im Laufe dieser Arbeit noch häufig unterstreichen.

b. Zur quantitativen Nachfrage auf Märkten für "Apothekenwaren" und ihrer Entwicklung

Aussagen über die quantitative Nachfrage nach "Apothekenwaren" und ihre Entwicklung beruhen auf Analysen des Gesamtumsatzes an Pharmazeutika und anderen Produkten sowie der Umsätze von Produktgruppen einzelner Indikationsgebiete.²⁾ Anhaltspunkte lassen sich weiterhin aus demographischen Statistiken (z.B. über die Altersstruktur der Bevölkerung) sowie aus Angaben über

1) Vgl. in diesem Zusammenhang auch die begriffliche Differenzierung von "Gesundheits- und Krankheitsverhalten" bei v. Troschke, Jürgen von: Gesundheitserziehung und -aufklärung in der Bundesrepublik. In: Medizinische Versorgung, hrsg. v. Helga Reimann und Hört Reimann, München 1976, S. 24.

2) Zur Entwicklung des Umsatzvolumens einzelner Arzneimittelgruppen vgl. Tabelle A3 im Anhang; zur Entwicklung des Marktvolumens für freiverkäufliche Arzneimittel vgl. S. 55, in bezug auf einige Warengruppen des Ergänzungssortiments S. 58 dieser Arbeit.

die Entwicklung der Häufigkeit von Erkrankungen und die durchschnittliche Krankheitsdauer gewinnen.¹⁾ Der Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung betrug in den elf Jahren von 1969 - 1979 durchschnittlich 5,5 Erkrankte auf 100 Pflichtmitglieder im Jahresdurchschnitt.²⁾ Signifikante Veränderungen sind hierbei nicht zu erkennen. Die Häufigkeit des Verbrauchs von Arzneimitteln kann aus Tabelle 6 abgelesen werden, die auf einer im Jahre 1980 durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung basiert.

Tabelle 6: Häufigkeit des Verbrauchs an Arzneimitteln in der Bundesrepublik (in Prozent einer repräsentativen Stichprobe von 2018 Befragten)(3)

Frage: Wie häufig nehmen Sie Arzneimittel ein?

	Insgesamt	Nach Geschlecht		Nach Alter				
		männlich	weiblich	14 - 24 Jahre	25 - 34 Jahre	35 - 44 Jahre	45 - 65 Jahre	65 und älter
Befragte	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
täglich oder fast täglich	17	10	23	3	6	12	22	42
ein- oder mehr- mals pro Woche	10	9	11	2	5	7	14	23
ein- oder mehr- mals pro Monat	23	20	26	13	20	26	30	21
selten oder nie	50	61	39	82	68	55	34	15

Über die Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel werden häufig internationale Vergleiche angegeben, die allerdings nur eine mangelhafte Aktualität aufweisen.⁴⁾ Für die Bundesrepublik ergibt sich hierbei eine Ausgabensteigerung von

1) Vgl. Solc, op.cit., S. 105.

2) Eigene Berechnung auf der Grundlage von Angaben in pharma daten 80, S. 86.

3) Quelle: pharma daten 80, S. 57.

4) Vgl. hierzu: pharma daten 80, S. 56.

DM 117 im Jahre 1970 auf DM 239 im Jahre 1978 je Einwohner.¹⁾ Aktuelle Zahlen existieren über die Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken (vgl. Tabelle 7). Dabei ergibt sich eine deutliche Verlangsamung der Steigerungsraten des Arzneimittelverbrauchs in den letzten Jahren gegenüber dem Ende der sechziger und dem Beginn der siebziger Jahre.²⁾ Berücksichtigt man Preissteigerungen, so kann von einer annähernden Stagnation des Mengenwachstums für pharmazeutische Spezialitäten gesprochen werden.³⁾ Diese Tendenz ist in den meisten industriellen Ländern zu beobachten.⁴⁾

Tabelle 7 : Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken (incl. Mehrwertsteuer)(5)

Jahr	je Mitglied DM	Veränderung gegenüber Vorjahr in %	je Rentner DM	Veränderung gegenüber Vorjahr in %	je An- spruchsbe- rechtigten DM	Veränderung gegenüber Vorjahr in %
1976	206,54	-	482,79	-	287,56	-
1977	210,34	+ 1,8	477,35	- 1,1	289,54	+ 0,7
1978	229,55	+ 9,1	512,46	+ 5,3	310,33	+ 7,2
1979	236,68	+ 3,1	543,28	+ 8,1	326,68	+ 5,3

Was Nachfrageschwankungen angeht, so läßt sich feststellen, daß gesamtwirtschaftliche Daten wie Wirtschaftslage und -entwicklung, Sozialprodukt, Volkseinkommen, Beschäftigung etc. einen tendenziell geringen Einfluß auf die Nachfrage nach Arzneimitteln, vor allem nach rezeptpflichtigen Arzneimitteln haben.⁶⁾

1) Quelle: Apotheker-Jahrbuch 1980, op.cit., S. 504.

2) Vgl. zu Daten aus der letztgenannten Zeit ausführlich Nord: Arzneimittelkonsum, S. 22 ff.

3) Vgl. auch Solc, S. 78 f.

4) Vgl. ibid., S. 79.

5) Quelle: Neumann, Lutz R.: Situation, S. 5.

6) "An Konjunkturschwankungen ... hat der Apotheker nicht zu leiden" (Horn, op.cit., S. 194).

Diese Daten berühren die genannte Nachfrage nur insoweit, als sie die Morbidität der Bevölkerung und ihre Struktur beeinflussen. Weitergehende Marktverschiebungen können allerdings aus gesetzlichen Regelungen resultieren, wie beispielsweise aus einer Herausnahme sogenannter "Bagatellarzneimittel" aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Derartige Verschiebungen der Nachfrage müssen besonders in nächster Zukunft von Apothekern exakt beobachtet werden, da sie wichtige Daten für absatzpolitische Maßnahmen darstellen.

Als insgesamt gering sind saisonale Schwankungen der Nachfrage nach apothekenpflichtigen Arzneimitteln anzusehen.¹⁾ Auf einzelnen Indikationsgebieten, wie z.B. bei Erkältungstherapeutika oder Antiallergika, spielen saisonale Wechsellagen dagegen eine wichtige Rolle.²⁾

Ein anderes Bild in bezug auf die Abhängigkeit der Nachfrage von gesamtwirtschaftlichen Daten ergibt sich auf dem Markt der nicht-apothekenpflichtigen Arzneimittel und der apothekenüblichen Waren, die nicht zu den Arzneimitteln zu rechnen sind. Auf diesen Märkten dürften Nachfrageschwankungen in ähnlicher Weise auftreten wie auf anderen Märkten für Verbrauchsgüter des täglichen Bedarfs. Hinzuweisen ist auch auf saisonale Wechsellagen bei einzelnen Warengruppen, wie z.B. bei Sonnenschutzmitteln oder bei Produkten, die sich als Geschenk für Festtage eignen.

Insgesamt werden erhebliche Strukturwandlungen auf den Märkten für Apothekenwaren "von dem Vordringen der Krankheitsprophylaxe und der damit einhergehenden Senkung des Heilmittelbedarfs er-

1) Vgl. auch Solc, op.cit., S. 107.

2) Vgl. hierzu Schneider, Erich-Dieter, op.cit., S. 14 f. Entscheidend für saisonale Nachfragespitzen in Apotheken sind nur periodische Erkrankungshäufungen im Kollektiv, wie sie etwa bei Erkältungskrankheiten oder bei allergischer Rhinitis auftreten. Periodizität, die nur beim Einzelnen vorliegt (wie z.B. bei Menstruationsbeschwerden), verursacht keine Nachfrageschwankungen in Apotheken.

wartet."¹⁾ Beobachtet man das Angebotsverhalten der meisten Apotheken, so ist allerdings festzustellen, daß ihnen diese längerfristige Nachfragetendenz nicht deutlich zu sein scheint. Wird es von Apotheken weiterhin verbreitet ignoriert, daß das Verbraucherverhalten zunehmend auf die Krankheitsvorsorge ausgerichtet ist, muß damit gerechnet werden, daß die Institution Apotheke einem Prozeß des Ladenverschleißes (store erosion)²⁾ unterliegt, der sie auf ein (schrumpfendes) Teilgebiet der Befriedigung von Gesundheitsbedarfen abdrängt, das ausschließlich in der Krankheitstherapie besteht und die Berufsausbildung des Apothekers nur ungenügend nutzen läßt.

c. Nachfrageelastizitäten

Von besonderer Bedeutung für den Einsatz absatzpolitischer Instrumente ist die Kenntnis der Reaktionsmöglichkeiten und -gewohnheiten von Nachfragern auf Angebotsveränderungen.³⁾ Deren Ermittlung muß nach einzelnen absatzpolitischen Handlungsbereichen und nach verschiedenen Warengruppen und Dienstleistungen differenziert durchgeführt werden. Außerdem können die zu berücksichtigenden Reaktionselastizitäten "von Nachfragerschicht zu Nachfragerschicht sowie von Ort zu Ort verschieden sein und sich im Zeitablauf wandeln."⁴⁾ "Auf was für Reaktionen der bestehenden Nachfrage Änderungen von Angebotseigenschaften treffen werden, läßt sich ebensowenig genau voraussagen wie der Wandel der Nachfrageeigenschaften überhaupt."⁵⁾ Im folgenden können deshalb nur Tendenzen möglicher Reaktionen aufgezeigt werden.

1) Solc, op.cit., S. 107.

2) Vgl. zu diesem Begriff etwa Berger, Sylvia: Ladenverschleiß (Store Erosion). Ein Beitrag zur Theorie des Lebenszyklus von Einzelhandelsgeschäften. In: IfH-Mitteilungen, hrsg. v. Edmund Sundhoff, 29.Jg.(1977), S. 89 ff.

3) Vgl. hierzu z.B. Meffert: Marketing, S. 89 ff.; Steffenhagen, Hartwig: Wirkungen absatzpolitischer Instrumente, Stuttgart 1978, passim.

4) Oettle, Karl: Probleme der absatzorientierten Unternehmungspolitik im öffentlichen Verkehr. In: Verkehrsannalen, 22.Jg. (1975) (Zitierweise: Absatzorientierte Unternehmungspolitik), S. 476.

5) Ibid., S.477; zu verschiedenen absatzwirtschaftlichen Elastizitäten und zu den Grenzen ihrer Ermittlung vgl. auch Gutenberg: Der Absatz, S. 42 ff.

Auf die Preiselastizität der Nachfrage nach apothekenpflichtigen Medikamenten muß nur kurz eingegangen werden, weil Apotheker den Preis dieser Güter nicht als Aktionsvariable einsetzen können.¹⁾ Außerdem existiert über die Frage der Preiselastizität auf Arzneimittelmärkten umfangreiche Literatur.²⁾

Die Preiselastizität der Nachfrage auf den ethisch-pharmazeutischen Märkten wird vor allem von dem herrschenden Krankheitsversicherungssystem bestimmt.³⁾ Dabei ist zu bemerken, daß im allgemeinen weder die Ärzte (als nachfragebestimmende Personen) noch die Patienten (als Bedarfsträger) ein Eigeninteresse an möglichst billigen Arzneimitteln besitzen. Die Ärzte sind zwar verpflichtet, die Vorschriften über eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu beachten, d.h. "das preiswerteste unter gleich wirksamen Mitteln auszuwählen."⁴⁾ Diese Forderung ist jedoch angesichts der hohen Intransparenz des Arzneimittelmärktes und der oft nur sehr geringen Vergleichbarkeit der Nutzen- und Kosten von medikamentösen Therapien kaum zu verwirklichen.⁵⁾ Die Patienten sind an den Kosten der empfangenen Leistungen i.d.R. lediglich indirekt über die Krankenversicherungsbeiträge beteiligt, die für die meisten Mitglieder unserer Gesellschaft den Charakter von Zwangsabgaben besitzen. Da der einzelne Versicherte weiß, daß er durch sein eigenes Verhalten keinerlei Einfluß auf die Höhe des Versicherungsbeitrages ausüben kann, besteht für ihn auch kein ökonomischer Anreiz, "sich bei seiner Nachfrage nach Gesundheitsgütern ... zurückzuhalten, sondern

1) Vgl. hierzu die Ausführungen im Aktionsbereich der Preispolitik.

2) Vgl. etwa Rahner, op.cit., insbes. S. 61 ff.; Ziegler, Bernd, op.cit., insbes. S. 102 ff.; Liefmann-Keil, op.cit., insbes. S. 35 f.

3) Vgl. hierzu die differenzierte Analyse bei Käufer, Erich: Die Kostendämpfung bei Arzneimitteln, Baden-Baden 1979, insbes. S. 19 ff.

4) Berger, Matthias, op.cit., S. 28; vgl. hierzu auch Rahner, op.cit., S. 62 f.; Schneider, Erich-Dieter, op.cit., S. 26 ff.

5) "Es ist bisher kein System bekannt, das einen einigermaßen vernünftigen Vergleich der Kosten ... /und Nutzen/ einer Pharmakotherapie umfassend gestattet" (Ziegler, Albrecht: Arzneimittelntransparenz: Realität und Forderung. In: Deutsches Ärzteblatt, H. 7, 1979, S. 457 ff. Zum Preisbewußtsein des Arztes vgl. auch Ziegler, Bernd, op.cit., S. 105 ff.; Rahner, op.cit., S. 63 f.; Günther, Eberhard: Wettbewerbspolitik für den Pharmamarkt. In: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft, op.cit., S. 74.

er wird sogar versuchen, möglichst viel davon zu erhalten."^{1) 2)}
Es treten also Symptome auf, "als würden diese Leistungen zum Nulltarif zur Verfügung gestellt, d.h. seien freie Güter bzw. Dienste."³⁾ Der geringfügige Selbstkostenanteil von derzeit DM 1.-- pro verschriebenem Medikament dürfte unter der Merkmalschwellenlinie liegen und eher dazu beitragen, daß ein Interesse an teuren Arzneimitteln besteht, um für diesen Betrag einen möglichst hohen Gegenwert zu erhalten. Dies gilt um so mehr, als in der Bevölkerung weithin ein hoher Preis für ein Pharmazeutikum mit einer hohen Qualität identifiziert wird.⁴⁾

Höhere Preiselastizitäten als auf Märkten für verschreibungspflichtige Arzneimittel dürften auf den Teilmärkten der apothekenpflichtigen Medikamente, die vom Patienten im Rahmen der Selbstmedikation gekauft werden, vorliegen; denn der Bedarfsträger muß die finanziellen Folgen seiner Kaufentscheidung selbst tragen. Allerdings bestehen hierbei sicherlich erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Nachfragerschichten und Indikationsgebieten. Relativiert wird diese Aussage durch die Tatsache, daß die Gesundheit für jeden Menschen einen sehr hohen Stellenwert besitzt und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen häufig sehr dringlich ist, so daß Qualitätsüberlegungen sowie die besondere Streßsituation des Bedarfsträgers rationale Preisurteile zurückdrängen. Im übrigen besitzt der Verbraucher i.d.R. nur eine völlig ungenügende Markttransparenz, so daß seine Reaktionsmöglichkeiten auf Preisveränderungen schon von

1) Ruhr, op.cit., S. 157; vgl. auch Herder-Dorneich, Philipp: Arzneimittelökonomik - Ein Nicht-Markt-System und seine Steuerung. In: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 2 (1977), S. 8 ff. (Zitierweise: Arzneimittelökonomik); Ziegler, Bernd, op.cit., S. 104.

2) Olson weist nach, daß ein solches Verhalten eines einzelnen in einer großen Gruppe (wie sie die gesetzliche Krankenversicherung darstellt) durchaus rational ist und sozialer Druck sowie soziale Anreize keine wirksamen Mittel sind, Gruppenmitglieder dazu zu veranlassen, individuelle Ziele (wie die Erlangung möglichst hochwertiger Gesundheitsleistungen) Kollektivzielen (wie der Senkung der Gesundheitsausgaben) unterzuordnen (vgl. Olson jr., Mancur: Die Logik des kollektiven Handelns Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen, Tübingen 1968, insbes. S. 59 ff.).

3) Oberender, Peter: Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 31 (1980), Heft 2, S. 150.

4) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 251 f. dieser Arbeit.

daher sehr begrenzt sind.¹⁾ Demgegenüber sorgen u.a. umfangreiche Werbeaktionen von Großbetrieben anderer Branchen (wie z.B. Drogeriediscountmärkten) für einen hohen Bekanntheitsgrad von Preisen freiverkäuflicher Arzneimittel und Waren des Gesundheitspflegesortiments. Daher muß von einer wesentlich höheren Preiselastizität der Nachfrage nach derartigen Gütern gegenüber apothekenpflichtigen Arzneimitteln ausgegangen werden.²⁾ Diese Vermutung stützen auch Untersuchungen über die Verschiebung der Marktanteile einzelner Branchen und Betriebsformen auf den genannten Märkten.³⁾

Angesichts der geringen Bedeutung des Preises als Wettbewerbsparameter auf Arzneimittelmärkten kommt verschiedenen Nicht-Preis- bzw. Qualitätselastizitäten eine hohe Bedeutung als Grundlage absatzpolitischer Entscheidungen zu.⁴⁾ Da es sowohl Ärzten als auch Krankenkassen verboten ist, Patienten irgendwelche Empfehlungen zur Wahl einer bestimmten Apotheke abzugeben, hängt die Einkaufsstättenentscheidung "ausschließlich von den Präferenzen der Verbraucher ab."⁵⁾ Einfluß auf diese Präferenzen dürften Angebotseigenschaften besitzen, die vor allem von folgenden Aktionsparametern der Absatzpolitik geprägt werden: dem Kommunikationsverhalten des Apothekers, seiner Betriebsbereitschaft, der Geschäftsausstattung und dem Angebot besonderer Dienstleistungen. Eine hervorragende Bedeutung kommt auch dem Angebotsverhalten (insbesondere im Bereich der Sortiments-, Preis- und Werbepolitik) im Gesundheitspflegesortiment

1) Vgl. hierzu Ziegler, Bernd, op.cit., S. 110.

2) Unterschiedliche Preiselastizitäten für apothekenpflichtige Medikamente einerseits und andere apothekenübliche Waren andererseits sind eine wesentliche Grundlage für eine Differenzierung der Handelsspannen der genannten Warengruppen (vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 261 ff. dieser Arbeit; siehe allgemein auch Woll, Artur: Der Wettbewerb im Einzelhandel. Zur Dynamik der modernen Vertriebsformen, Berlin 1964, S. 51, Fußnote 18).

3) Vgl. hierzu die Marktübersicht auf S. 56 dieser Arbeit.

4) Zur Abgrenzung von Preis- und Nicht-Preis-Wettbewerb vgl. etwa Raffée: Grundprobleme, S. 183; zur Aufteilung der absatzpolitischen Aktionen in die zwei Bereiche Preispolitik und Qualitätswettbewerb vgl. Banse, Karl: Vertriebs-(Absatz-)politik. In: HWB, 3. Aufl., hrsg. v. Hans Seischab und Karl Schwantag, Bd. IV, Stuttgart 1962, Sp. 5988 ff.

5) Berger, Matthias, op.cit., S. 29.

zu; denn Waren der präventiven Gesundheitspflege stehen in engem komplementären, teilweise auch substitutiven Nachfrageverbund zu apothekenpflichtigen Arzneimitteln. An erster Stelle der Einflußfaktoren auf das Verbraucherverhalten dürfte allerdings die nur schwer zu beeinflussende Aktionsvariable Standort stehen.¹⁾ Zu beachten ist, daß einzelne Instrumente für verschiedene Teilmärkte von unterschiedlicher Bedeutung sind. So dürfte etwa die "Beratungselastizität" der Nachfrage vor allem bei apothekenpflichtigen Arzneimitteln, die im Rahmen der Selbstmedikation gekauft werden, und bei erklärungsbedürftigen Waren des Ergänzungssortiments hoch sein. Reaktionen der Nachfrager auf Veränderungen der Lieferbereitschaft sind sicherlich bei der Rezepteinlösung besonders ausgeprägt, da keine Möglichkeit besteht, verschriebene Präparate zu substituieren.

Sehr widersprüchliche Aussagen finden sich in der Literatur über den Einfluß der Pharmawerbung auf die Nachfrage,²⁾ wobei beachtet werden muß, daß sich diese Meinungen allein auf die Herstellerwerbung beziehen. Für Apotheken läßt sich in Anknüpfung an den Abschnitt über Bedarfsfaktoren kurz folgendes festhalten: Der produktbezogenen Werbung für nicht-rezept-, aber apothekenpflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der Selbstmedikation nachgefragt werden, kommt höchstens geringe Marktanteile einzelner Präparate verschiebende Bedeutung zu;³⁾ denn die einem Arzneimittelbedarf i.d.R. zugrunde liegenden Krankheitsempfindungen sind durch Werbung kaum zu beeinflussen. Höhere Nachfrageelastizitäten dürfte dagegen eine Werbung um allgemeinen Vertrauen in Arzneimittel als gesundheitswiederherstellende Güter aufweisen, wobei allerdings zu beachten ist, daß es sich hierbei um außerordentlich langfristige und daher kaum merkliche Verbraucherreaktionen handeln wird. Einen besonderen Einfluß auf das Nachfrageverhalten hat dagegen der Einsatz des

1) Vgl. ähnlich Heinemann, op.cit., S. 158 f. sowie die hier zitierte Literatur.

2) Vgl. hierzu ausführlich Nord: Arzneimittelkonsum, S. 53 ff.

3) Vgl. auch ibid., S. 71; Winckelmann, op.cit., S. 212 ff.

Aktionsparameters Werbung im Bereich der Gesundheitsvorsorge, d.h. bei freiverkäuflichen Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren; denn Bedarf an präventiven Gesundheitsgütern kann unternehmerisch gesteuert werden.

C. KONKURRENZSTRUKTURANALYSE

Die absatzpolitischen Handlungsmöglichkeiten eines Einzelhandelsbetriebes sind nicht nur vom Bedarf der Konsumenten abhängig. Sie werden auch davon bestimmt, "in welchem Maße konkurrierende Unternehmungen den Bedarf der Abnehmer befriedigen."¹⁾ "Das bedeutet für die betriebliche Absatzpolitik, daß sie sich nicht nur an der Marktnachfrage, sondern auch an dem Angebot der Konkurrenten auszurichten hat."²⁾ Dieses Angebot muß in einer Konkurrenzuntersuchung erforscht werden.

Grundsätzlich geht es bei einer Analyse der Konkurrenzstruktur einmal um die Erfassung der konkurrierenden Betriebe sowie ihrer Leistungsqualität und -quantität, zum anderen um die Feststellung konkurrierender Produkte bzw. Leistungen, die das eigene Angebot substituieren können.³⁾ In bezug auf letztere kann auf die Ausführungen über die Substitutionskonkurrenz verschiedener Gesundheitsleistungen zu Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren verwiesen werden.⁴⁾ Im Mittelpunkt dürfte die Konkurrenz von Arzneimitteln zur Selbsthilfe von Patienten stehen. Wissenschaftlich fundierte Untersuchungen über Einstellungen und Gewohnheiten von Patienten, sich beim Auftreten von Krankheitssymptomen selbst zu helfen, sind daher eine Grundlage für ein

1) Hoffmann, Klaus: Der Bedarf an Konkurrenzinformationen in der langfristigen Absatzplanung. In: IfH-Mitteilungen, hrsg. v. Edmund Sundhoff und Fritz Klein-Blenkers, 32.Jg. (1980), S. 37 ; vgl. auch Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 174.

2) Hoffmann, op.cit., S. 37; vgl. auch Mielenhausen, op.cit., S. 129 f.; Angehrn: Marktforschung, S. 51 ff.

3) Vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 47 f.; vgl. hierzu auch Kotler: Marketing-Management, S. 245 ff.; Solc, op.cit., S. 100.

4) Vgl. S. 47 f. dieser Arbeit.

bedarfsadäquates Leistungsangebot gesundheitlicher Güter.¹⁾ Für den Apotheker ist es auch wichtig festzustellen, welche Produkte seine eigenen vertriebsgebundenen Waren zu substituieren vermögen. Er muß vor allem Kenntnisse darüber erwerben, welche Qualitäten diese Substitutionsprodukte aufweisen, zu welchen Preisen sie in anderen Apotheken und Betrieben fremder Branchen angeboten werden und welche Verkaufsförderungsmaßnahmen Produzenten und Händler zu ihrem Absatz ergreifen.

Was die konkurrierenden Betriebe angeht, so muß jeder einzelne Apotheker mit Hilfe der Konkurrenzforschung seine individuelle, auf das jeweilige Marktfeld bezogene Konkurrenzsituation möglichst vollständig erfassen. Hierfür sind alle jene Betriebe relevant, deren Marktfelder sich mit seinem eigenen schneiden,²⁾ und zwar einerseits Apotheken, zum anderen auch solche Einzelhändler, deren Leistungsangebote nur in Teilbereichen mit den Angeboten von Apotheken konkurrieren. Diese Tatsache verdeutlicht, daß für einzelne Leistungsbereiche unterschiedliche Konkurrenzsituationen festzustellen sein werden.³⁾ Nicht zu vergessen ist, daß sich der Apotheker Vorstellungen über mögliche Reaktionen der Konkurrenten auf absatzpolitische Aktionen machen muß.⁴⁾

1. Konkurrenzstruktur in der Apothekenbranche

Was die Zahl der Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland anbetrifft, so ist seit Einführung der Niederlassungsfreiheit im Jahre 1958 eine erhebliche Zunahme festzustellen, die auch gegenwärtig andauert (vgl. Tabelle 8). Die Anzahl der durch-

1) Solche Analysen durchzuführen, sind allerdings eher (finanzstarke) pharmazeutische Hersteller aufgerufen als Apotheken.

2) "Besonders wichtig ist bei regional begrenzten Absatzreichweiten die eingehende Untersuchung der jeweils umstrittenen Zonen" (Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 176).

3) Vgl. auch Welzel, Klaus: Marketing im Einzelhandel - Dargestellt am Beispiel des Einsatzes von Sonderangeboten, Wiesbaden 1974, S. 103.

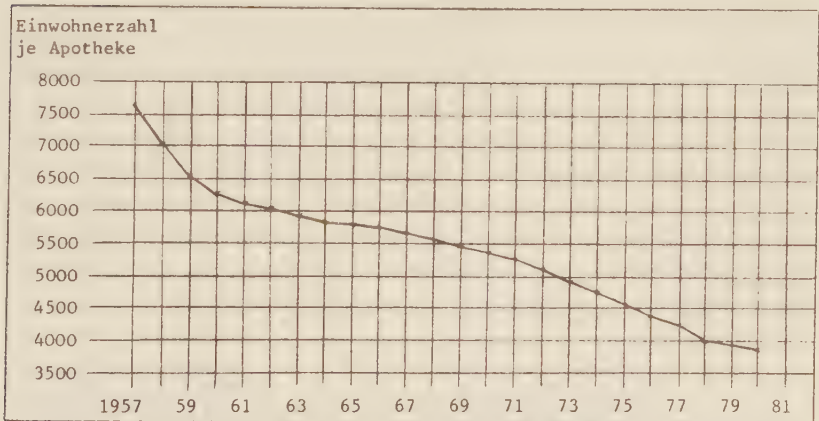
4) Vgl. auch Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 442; Behrends, op.cit., S. 102.

schnittlich von einer Apotheke versorgten Einwohner hat sich demgegenüber im Zeitraum von 1957 bis zum Jahre 1980 fast halbiert (vgl. Abbildung 5).

Tabelle 8 : Zahl der öffentlichen Apotheken in der Bundesrepublik von 1971 - 1979 (1)

Jahr	Anzahl (jeweils zum Jahresende)	Zuwachsrate (in Prozent)
1971	11596	+ 3,4
1972	11989	+ 3,4
1973	12515	+ 4,4
1974	13058	+ 4,4
1975	13501	+ 3,4
1976	13983	+ 3,6
1977	14449	+ 3,3
1978	14930	+ 3,3
1979	15366	+ 2,9
1980	15877	+ 3,3

Abb. 5 : Entwicklung der Einwohnerzahl je öffentliche Apotheke in der Bundesrepublik von 1957 bis 1979 (2)



1) Quelle: Neumann, Lutz R.: Situation, S. 8. Für das Jahr 1980: O.V.: Wirtschaftstagung, S. 745.

2) Quelle: Neumann, Lutz R.: Situation, S. 9. Für das Jahr 1980: O.V.: Wirtschaftstagung, S. 746.

Auf dem Apothekenmarkt bestehen zwar restriktive Zugangsbeschränkungen; denn nur approbierte Apotheker dürfen eine Apotheke eröffnen. Der Drang approbierter Pharmazeuten zur Selbstständigkeit ist jedoch als sehr hoch einzuschätzen. Angesichts der ungebrochenen Neugründungswelle wächst für jeden einzelnen Apotheker die Gefahr, innerhalb seines eigenen Marktfeldes von einer ruinösen Konkurrenzgründung betroffen zu werden. Um so wichtiger wird es für ihn, mögliche Leistungsangebote von Mitanbietern in Beispielsfällen (z.B. in entfernten Marktgebieten) zu erforschen und auf dieser Grundlage durch einen effizienten Einsatz absatzpolitischer Instrumente einerseits zu versuchen, potentielle Gründungsinteressenten abzuschrecken, zum anderen - falls Konkurrenz tatsächlich auftritt bzw. aufgetreten ist - im Wettbewerb zu bestehen.¹⁾ Voraussetzung hierfür ist es, einerseits Daten über die wirtschaftliche Lage und Entwicklung der gesamten Apothekenbranche zu ermitteln, andererseits betriebsindividuelle Konkurrenzuntersuchungen im jeweiligen Marktfeld durchzuführen.

Die erste Aufgabe kann sekundärstatistisches Datenmaterial lösen helfen. Dabei sind vor allem Erhebungen der Statistischen Ämter und die vom Institut für Handelsforschung an der Universität zu Köln durchgeführten Betriebsvergleiche zu nennen.²⁾ Letztere werden jährlich u.a. speziell für Apotheken errechnet und enthalten detailliertes Zahlenmaterial über Umsätze, Kosten, Handelsspannen, aber auch über Geschäftsflächen, Sortimentsanteile, Beschäftigte u.a.m.³⁾ Aus diesen Daten können u.a. Prognosen für zukünftige Entwicklungen der gesamten Branche abgeleitet werden.⁴⁾

1) Die sich verschärfende Wettbewerbssituation führt zunehmend zu der Einsicht, daß andere Apotheker nicht mehr allein als "Kollegen" gesehen werden können, wie dies bis in die jüngste Vergangenheit üblich war (vgl. z.B. Berger, Matthias, op.cit., S. 47), sondern als wirtschaftliche Konkurrenten, gegen die gesetzlich erlaubte Wettbewerbsparameter eingesetzt werden müssen.

2) Vgl. Mielenhausen, op.cit., S. 140 f.

3) Vgl. Menge, op.cit., S. 1700 ff.

4) Zur praktischen Verwertbarkeit der sekundärstatistischen Quellen vgl. Mielenhausen, op.cit., S. 141 f. sowie die hier zitierte Literatur.

Die hauptsächliche Methode, die Leistungsangebote der unmittelbaren Wettbewerber im konkreten Marktfeld festzustellen, ist die Beobachtung.¹⁾ Hierzu wird zweckmäßigerweise regelmäßig eigenes Personal eingesetzt werden müssen.²⁾ Dabei kommt es darauf an, laufend Aufzeichnungen über die Ausgestaltung sämtlicher absatzpolitischer Aktionsvariabler der Konkurrenz anzufertigen,³⁾ wobei grundsätzlich die jeweilige innerörtliche Geschäftslage und die Betriebsgröße als Basis einer differenzierten Analyse dienen müssen. Auch die Kundenkreise der Wettbewerber sowie deren strukturelle Schichtung können zumindest nach allgemeinen demographischen Merkmalen erfaßt werden und so wichtige Anhaltspunkte dafür geben, in welchen Ausprägungen die Leistungsangebote der Konkurrenten mit Anforderungen von Konsumentengruppen in Einklang stehen.

Der Aktionsspielraum eines konkurrierenden Betriebs wird sowohl vom Verhalten und den Zielen seines Leiters als auch von der Zusammensetzung und dem Leistungsniveau seiner Mitarbeiter geprägt.⁴⁾ Insbesondere Kenntnisse über die Innovationsfreudigkeit eines Apothekers gegenüber Produkten und Maßnahmen ihrer Vermarktung, vor allem im Ergänzungssortiment, sowie über die Ausbildung und das Kommunikationsverhalten des Verkaufspersonals können wichtige Anhaltspunkte für eigene absatzpolitische Entscheidungen sein. So führt möglicherweise das Vorhandensein spezifischer Fachkräfte in bestimmten Leistungsbereichen (z.B. ausgebildete Kosmetikerin) bei einem direkten Konkurrenten zum Verzicht auf eigene Leistungsangebote in diesem Sektor oder zur Suche nach entsprechend ausgebildeten Mitarbeitern. Prinzipiell umfassen Reaktionsmöglichkeiten der Mitwettbewerber aufgrund der Gleichheit von Branche und Betriebsform jedoch ein ähnliches

1) Zur Beobachtung als Methode der Konkurrenzforschung vgl. etwa zur Nieden, op.cit., S. 166 f.;

2) Auch Gutenberg betont die Notwendigkeit, laufend Konkurrenzbeobachtungen durchzuführen, um auch Wandlungen im Angebotsverhalten der Wettbewerber festzustellen (vgl. Gutenberg: Der Absatz, S. 56 f.).

3) Vgl. hierzu auch Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 175 ff; vgl., darüber hinausgehend, Behrends, op.cit., S. 102.

4) Vgl. Hoffmann, op.cit., S. 39.

Spektrum an Aktionen, wie sie der eigene Betrieb besitzt, wobei vor allem die finanziellen Ressourcen handlungsbeschränkend wirken. Zuverlässige Informationen über zukünftige Konkurrenzreaktionen können allerdings nicht gewonnen werden.¹⁾

Angesichts eines annähernd stagnierenden Marktes für apothekenpflichtige Arzneimittel und eines weiterhin ungebrochenen Trends zu Neugründungen müssen sich immer mehr Apotheker mit kleiner werdenden Marktanteilen begnügen. Diese Situation führt zwangsläufig zu einer Verschärfung des Wettbewerbs unter den Apotheken und es ist nicht verwunderlich, wenn viele Apotheker versuchen, Aktivitäten auf den weithin expandierenden Märkten für präventive Gesundheitsleistungen zu entfalten. Damit rücken jedoch diese Märkte zunehmend in den Mittelpunkt von Konkurrenzüberlegungen und werden zu wichtigen Objekten der Konkurrenzforschung. Gerade auf diesen Märkten ist jedoch auch das Angebotsverhalten von Betrieben anderer Branchen ein wesentlicher Orientierungsfaktor für eigene absatzpolitische Aktionen.

2. Das Verhältnis der Apotheken zu konkurrierenden Betrieben anderer Branchen

Konkurrenz zu Betrieben und Betriebsformen anderer Branchen besteht für Apotheken nur bei demjenigen Teil ihres Leistungsangebots, der nicht apothekenpflichtig ist. Die konkurrierenden Einzelhandelsbetriebe sind äußerst heterogen. Das Spektrum reicht von klein- und mittelständischen Ladengeschäften wie "klassischen" Drogerien und Reformhäusern über Filialdrogerien, Parfümerien, Abteilungen in Warenhäusern sowie Lebensmittel- und Verbrauchermärkten bis hin zu der neuen Betriebsform des Discountmarktes. Dem breiten Spektrum der Konkurrenten entsprechend, gestalten sich auch die Konkurrenzbeziehungen höchst unterschiedlich. Während der Wettbewerb zwischen Apotheken einerseits und Drogerien, Parfümerien und Reformhäusern andererseits vor allem im Bereich der Sortimentspolitik geführt wird, dominiert bei Warenhäusern, Lebensmittelmärkten und vor allem bei Drogeriedis-

1) Vgl. Gutenberg: Der Absatz, S. 57.

counter der Preis als Wettbewerbsparameter. Die zuletzt genannten Betriebsformen vergrößern in neuerer Zeit auf fast allen Warenmärkten stetig ihre Marktanteile.¹⁾ Zurückgedrängt werden vor allem mittelständische Drogerien. Aber auch Apotheken verlieren laufend Marktanteile auf Märkten, die früher ein wesentlicher Teilbereich ihrer Aktivitäten waren.²⁾

Die Konkurrenzforschung bezieht sich auf den genannten Teilmärkten auf die gleichen Untersuchungsobjekte wie im Falle konkurrierender Apotheken. Es sind allerdings nur diejenigen Leistungsbereiche der Wettbewerber zu analysieren, in denen Apotheken aufgrund ihrer spezifischen staatlichen Restriktionen überhaupt tätig werden dürfen. Von besonderem Interesse ist es hierbei, das Image der Konkurrenzunternehmen festzustellen,³⁾ da dieses stark vom Apothekenimage abweichen dürfte und sich so Ansatzpunkte für eigene imagepolitische Maßnahmen erkennen lassen. Im Mittelpunkt werden Preisvergleiche stehen müssen; denn es spricht einiges dafür, daß die großen Erfolge von Drogeriemärkten in erster Linie aus ihrem preisaktiven Verhalten resultieren. Dabei genügt es, die Preise einiger weniger "Blickpunktartikel"⁴⁾ aus einzelnen Warengruppen festzustellen. Auch die Werbeaktivitäten, die Betriebsformen anderer Branchen ergreifen, sind ein wichtiges Forschungsobjekt.⁵⁾

Die Reaktionsmöglichkeiten der genannten Konkurrenten auf den Einsatz absatzpolitischer Instrumente sind wegen ihrer Branchen- und häufig auch Betriebsformenverschiedenheit zu Apotheken viel-

1) Zur Entwicklung von Drogeriemärkten und zu Schwerpunkten einiger ihrer absatzpolitischen Aktivitäten vgl. Theuer, Gottfried: Kooperationsstrukturen im Handel - Neue Entwicklungen und Konflikte zur Aufgabe der Nahversorgung. In: Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz und Handel der Hochschule St. Gallen, Heinz Weinhold-Stünzi, Zürich 1978, S. 295 ff.

2) Vgl. hierzu die Marktanteilstudie auf S. 56 dieser Arbeit.

3) Vgl. auch Kotler: Marketing-Management, S. 248.

4) Vgl. zu diesem Begriff und zu seiner Bedeutung im Bereich der Preispolitik ausführlich S. 241 ff. dieser Arbeit.

5) Ein Beispiel für eine Beobachtung der Konkurrenzaktivitäten im Bereich der Werbung findet sich bei Schwalbe, Heinz: Marketing für Klein- und Mittelbetriebe, Freiburg i.Br. 1980, S. 27.

fach völlig anders gelagert als der Aktionsspielraum von Apotheken. Nicht selten sind auch ihre finanziellen Ressourcen wesentlich größer, besonders bei Filialunternehmen. Die Suche nach Konkurrenzinformationen darf daher keinesfalls unter dem Gesichtspunkt einer eventuellen Imitation (erfolgreicher) absatzpolitischer Aktivitäten von Wettbewerbern betrieben werden, die auch gesetzlich häufig unzulässig sein würde. Es sind vielmehr Schwachstellen im Leistungsangebot der Konkurrenz und in ihren Verkaufsförderungsmaßnahmen zu suchen, die den Anforderungen von Konsumenten nicht oder nur in geringem Umfang entsprechen. Gerade in diesen schwachen Punkten (z.B. fachliche Beratung, Produktqualität, Informationswerbung) kann und will der Konkurrent oft nicht auf Apothekenaktionen reagieren.

Ein derartiges marktanalytisches Vorgehen bildet die Verbindung zwischen einer Analyse und Beobachtung der Bedarfsstruktur einerseits und der Konkurrenzstruktur andererseits. Konkurrenz- und Bedarfsforschung treffen sich nämlich an dem Punkt, an dem die Meinungen der Verbraucher über den Stellenwert der im Wettbewerb stehenden Waren ermittelt werden.¹⁾ Dies gilt gleichermaßen für eine Analyse der Kundeneinstellungen zu einzelnen Betriebsformen.

D. ZUR SITUATION AUF DEN BESCHAFFUNGSMÄRKTEN VON APOTHEKEN

In neuerer Zeit gibt es in der Marketingforschung Versuche, Marktbeziehungen von Unternehmen in einem umfassenden Ansatz zu erklären, der die Absatz- und Beschaffungsseite integriert.¹⁾ Diese Vorgehensweise würde die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit überschreiten. Eine Analyse der beschaffungsmarkttlichen Verhältnisse von Apotheken ist jedoch insoweit notwendig, als diese spezifische Bedingungen für absatzpolitische Entschei-

1) Vgl. Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 183.

2) Vgl. den Ansatz von Hansen, Einzelhandelsmarketing, insbes. S. VII.

dungen setzen.¹⁾ Die Lieferantenstruktur und ihre Entwicklung bilden gewissermaßen einen Handlungsrahmen für den Einsatz absatzpolitischer Instrumente und ihrer Ausgestaltung. So werden beispielsweise die Sortimentspolitik und der Lieferservice von Apotheken unmittelbar von den Leistungsangeboten der Lieferanten beeinflusst.

Auf den Beschaffungsmärkten stehen Apotheken mit Hersteller- und Großhandelsbetrieben in Verbindung. Der mit Abstand größte Teil der Waren wird über den Pharmagroßhandel bezogen. Im Jahre 1978 waren es durchschnittlich 86 %; der Direktbezug von Produzenten erreichte nur einen Anteil von durchschnittlich 13 % an der gesamten Beschaffung.²⁾ Ein leistungsfähiger pharmazeutischer Großhandel ist der wesentliche Garant für eine effiziente Gestaltung des logistischen Systems der Arzneimittelversorgung. Aufgrund der großen Anzahl von Medikamenten auf den Arzneimittelmärkten und der Unmöglichkeit für jeden Produzenten, laufend alle über 15000 Apotheken in der Bundesrepublik zu beliefern, ist ein Spezialgroßhandel im Arzneimittelwesen unverzichtbar.³⁾ Insbesondere die häufig kleinen Mengen, die von den meisten Arzneimitteln benötigt werden, erfordern eine täglich mehrmalige Apothekenbelieferung. Dies ist durch ein weitgehend automatisiertes Bestellsystem auf der Basis der Elektronischen Datenverarbeitung in den letzten Jahren in der Mehrzahl der Apotheken gewährleistet. Die hieraus resultierende Stetigkeit der Beschaffung macht es notwendig, dauerhafte Beziehungen zu einem oder mehreren Lieferanten zu pflegen.⁴⁾ Der Apotheker wird somit zum Stammkunden von Pharmagroßhändlern, was ihm Konditionenvorteile vielerlei Art einbringen kann.

1) Zur Bedeutung der Beschaffung für den Absatz vgl. z.B. Heyde, Klaus: Beschaffung als Kontrapunkt der Absatzwirtschaft in der Unternehmung. In: Die informierte Unternehmung, hrsg. v. Hans Rühle von Lilienstern, Berlin 1972, insbes. S. 175 f.

2) Vgl. Menge: Betriebsvergleich, S. 1701.

3) Vgl. hierzu etwa Liertz, op.cit., insbes. S. 79 ff.; siehe auch Mann, Gerhard: Funktionen und Marktbedingungen des pharmazeutischen Großhandels, Diss. Nürnberg 1956.

4) Vgl. allgemein Sandig, Curt: Beschaffungspolitik. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 1, Stuttgart 1974, Sp. 525.

Interessant ist die Tatsache, daß sich die Anzahl der Pharmagroßhandlungen im Zeitraum von 1960 bis 1979 um ca. 120 Unternehmen auf rund 40 Unternehmen vermindert hat.¹⁾ Auf dieser Stufe des Arzneimittelversorgungssystems der Bundesrepublik Deutschland ist damit eine zunehmende Konzentration zu beobachten. Wichtigster Grund hierfür dürfte der starke Konkurrenzdruck unter Großhandlungen sein.²⁾ Die steigende Abhängigkeit der Apotheken von wenigen leistungsfähigen Großhandelsunternehmen soll hier nur konstatiert werden. Wie sich diese Tendenz auf die Qualität der öffentlichen Arzneimittelversorgung auswirken wird, muß abgewartet werden. Unterschiedliche Wettbewerbschancen für einzelne Apotheken in angrenzenden Marktgebieten sind auf den Beschaffungsmärkten für apothekenpflichtige Arzneimittel bisher jedenfalls kaum zu beobachten. Die Ermittlung aller regional jeweils in Frage kommenden Großhandelsunternehmen und ihre eventuell differierenden Konditionen bereitet dem einzelnen Apotheker angesichts deren geringer Zahl keine Probleme.

Die Möglichkeit des direkten Bezugs von Waren beim Hersteller ist vor allem von der Bestellmenge abhängig. Für den direkten Einkauf großer Mengen kommen insbesondere Medikamente in Frage, deren Nachfrage saisonale Spitzen aufweist und die längere Zeit lagerfähig sind, wie z.B. Erkältungstherapeutika. Im Konkurrenzkampf wirken sich solche Bevorratungsaktionen allerdings kaum aus. Da sich eine Weitergabe von erhaltenen Rabatten im apothekenpflichtigen Arzneimittelsortiment verbietet, ist der Direktbezug absatzwirtschaftlich lediglich insofern interessant, als er auf längere Zeit eine hundertprozentige Lieferbereitschaft garantiert und die fachliche Empfehlung des Apothekers für bestimmte Medikamente zu beeinflussen vermag.

Andere Bedingungsstrukturen herrschen bei der Beschaffung von nicht-apothekenpflichtigen Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren. Da für diese Waren keine Festpreise vorgegeben sind, spielen die Einkaufskonditionen eine entscheidende Rolle

1) Vgl. o.V.: Die Großen im Pharmagroßhandel. In: FAZ, Nr. 193 v. 21. August 1980, S. 10.

2) Zur gegenwärtigen Wettbewerbssituation des pharmazeutischen Großhandels vgl. etwa Schwarzer, Otto: Der steinige Weg des Arznei-Großhandels. In: SZ, Nr. 190 v. 18. August 1980.

für sortiments- und insbesondere preispolitische Handlungsmöglichkeiten. Großbetriebsformen anderer Branchen besitzen hier wesentliche Vorteile, da sie wegen der großen Beschaffungsmengen hohe Rabatte von den Herstellern erhalten, ihre Preiskalkulation also auf einem niedrigeren Einstandspreis basiert. Existieren ausreichende Lagerflächen, so sollte auch der Apotheker den Direktbezug beim Produzenten für bestimmte Güter wählen. In neuerer Zeit bieten allerdings auch viele pharmazeutische Großhändler günstige Beschaffungsbedingungen für die genannten Waren an.

Insgesamt besteht so für Apotheken die Möglichkeit, "ihre beschaffungspolitischen Maßnahmen nach Teilmärkten zu differenzieren", ¹⁾ so daß für alle Gütermärkte die jeweils günstigsten Konditionen realisiert werden können. Wesentliche Aktionsmöglichkeiten auf den genannten Beschaffungsmärkten für Apotheken formulieren Prinzipien der Auftragskonzentration, ²⁾ die vergrößerte absatzpolitische Spielräume schaffen. So ist der Zusammenschluß von Apotheken zu Einkaufsgemeinschaften ³⁾ in neuester Zeit als wirksames Mittel erkannt worden, die Chancen im Konkurrenzkampf zu Betrieben und Betriebsformen anderer Branchen erheblich zu verbessern.

"Die Ausgestaltung der Marktbeziehungen zwischen Lieferanten und Einzelhandelsunternehmen hängt von den bestehenden Machtverhältnissen, d.h. von der Verteilung und Wirksamkeit der gegenseitigen Beeinflussungsmittel ab." ⁴⁾ Viele Apotheker sind sich in diesem Zusammenhang ihrer Position nicht bewußt. Aufgrund des großen Vertrauens und hohen Ansehens, das die Apothe-

1) Theisen, Paul: Beschaffungspolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 340.

2) Vgl. hierzu Obergfell, Eugen: Die Führungsrolle des Handels im Absatzweg von Konsumgütern, Diss. München 1977, Zürich et al. 1977, S. 98 ff.

3) Zum Gemeinschaftseinkauf vgl. allgemein Sandig: Beschaffungspolitik, Sp. 527 f.; Bidlingmaier, Johannes: Kooperation im Handel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1130 f.

4) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 105 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

ke in der Öffentlichkeit genießt, sind viele Produzenten außerordentlich interessiert daran, "Regalplätze"¹⁾ in Apotheken für ihre gesundheitspflegenden Waren zu erhalten. Sie versuchen damit, positive Faktoren des Apothekenimages (insbesondere hohe Qualität) auf ihre Produkte zu transferieren.²⁾ Daher sind sie in vielen Fällen bereit, außergewöhnliche Konditionen einzuräumen. Vor allem Einkaufsgemeinschaften von Apotheken vermögen hier besondere Machtpositionen aufzubauen, die ihnen zum Teil eine wirksame Beeinflussung des Absatzverhaltens von Herstellern gestatten.

1) Zum Wettbewerb der Hersteller um den "Regalplatz" im Handel vgl. Hansen, Peter: Die handelsgerichtete Absatzpolitik der Hersteller im Wettbewerb um den Regalplatz - Eine aktionsanalytische Untersuchung, Berlin 1972, insbes. S. 132 ff.

2) Zum Imagetransfer vgl. Kroeber-Riel: Konsumentenverhalten, S. 200.

Drittes Kapitel

DIE GEGENWÄRTIGE BETRIEBLICHE ZIELKONZEPTION VON APOTHEKEN ALS MAßSTAB UNTERNEHMERISCHEN HANDELNS IM ABSATZMARKT

Das Bestreben, sich rational zu verhalten, bedingt zielgerichtetes Handeln.¹⁾ Dabei lassen sich Ziele als "angestrebte zukünftige Zustände" definieren.²⁾ Während die traditionelle Theorie der Unternehmung von einer monovariablen Zielfunktion ausging und dem Unternehmer unterstellte, er richte sich allein nach der Leitmaxime der Gewinn- oder Rentabilitätsmaximierung, wird heute kaum mehr bestritten, "daß die unternehmerische Aktivität in der Praxis von mannigfaltigen Zielvorstellungen beherrscht wird."³⁾ Man kann daher von einer Zielkonzeption bzw. einem Zielsystem einer Betriebswirtschaft sprechen.⁴⁾

"Betriebliche Zielsetzungen müssen nach Zahl, Inhalt und gegenseitigem Verhältnis bestimmt werden, wenn sie praktikable Maßstäbe für das betriebliche Handeln und für dessen Beurteilung

-
- 1) Zur Zielgerichtetheit unternehmerischen Handelns vgl. z.B. Bidlingmaier: Zielkonflikte, S. 17 ff.; Strasser, Helge: Zielbildung und Steuerung der Unternehmung, Wiesbaden 1966, S. 9; Schmidt-Sudhoff, Ulrich: Unternehmerziele und unternehmerisches Zielsystem, Wiesbaden 1967, S. 31 ff.
 - 2) Kirsch, Werner: Die Betriebswirtschaftslehre als Führungslehre - Erkenntnisperspektiven, Aussagensysteme, wissenschaftlicher Standort, München 1977 (Zitierweise: Führungslehre), S. 157.
 - 3) Heinen, Edmund: Grundlagen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen. Das Zielsystem der Unternehmung, 3. Aufl., Wiesbaden 1976 (Zitierweise: Zielsystem), S. 29; vgl. hierzu auch grundlegend Bidlingmaier: Unternehmerziele, insbes. S. 44 f.; derselbe: Zielkonflikte, S. 24 ff.; Schmidt: Wirtschaftslehre. S. 141 f.; Schmidt-Sudhoff, op.cit., z.B. S. 19, S. 62 f.
 - 4) Vgl. Kirsch: Führungslehre, S. 160; Kirsch, Werner/Gabele, Eduard: Ziele in Handelsbetrieben. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2340 f.; zum Begriff der Zielkonzeption vgl. vor allem Schmidt: Wirtschaftslehre, S. 112 ff.; zum Begriff des Zielsystems vgl. vor allem Heinen: Zielsystem, insbes. S. 59 ff.

sein sollen."¹⁾ Die Betriebswirtschaftslehre kann jedoch dem Unternehmer keine Vorschriften über zu verfolgende Ziele machen; sie hat vielmehr die letzten Zielsetzungen der Praxis als gegeben hinzunehmen.²⁾ Der empirischen Ermittlung dieser Ziele stehen allerdings erhebliche methodische Schwierigkeiten entgegen.³⁾ Jedenfalls zeigen empirische Forschungen, "daß es vielfach verfehlt ist, von einem fest umrissenen Zielsystem der Unternehmung auszugehen."⁴⁾ Insbesondere die Forderung nach einer Präzisierung von Zielen⁵⁾ scheint in der Praxis weitgehend unverwirklicht zu bleiben.⁶⁾ So muß eher dem Versuch zugestimmt werden, das Zielsystem einer Unternehmung im allgemeinen "als eine höchst unscharf abgegrenzte, vage definierte und kaum geordnete Menge unvollständig formulierter Ziele zu charakterisieren."⁷⁾

1) Oettle: Zielsetzungen, S. 18.

2) Vgl. *ibid.*, S. 13. Dies heißt allerdings nicht, daß der Wissenschaftler der Praxis nicht Hilfen zu einer entscheidungsdeterminierenden Formulierung ihrer Ziele zur Verfügung stellen soll (vgl. ähnlich z.B. Bätz, *op.cit.*, S. 87; Oettle, Karl: Aufgabengerechte Krankenhausorganisation. In: Krankenhausumschau, 42. Jg.(1973), S. 742.

3) Vgl. etwa Kupsch, Peter: Unternehmungsziele, Stuttgart-New York 1979, S. 141 ff.; Hauschildt, Jürgen: Zur Artikulation von Unternehmenszielen. In: ZfbF, 22. Jg.(1970), S. 547 ff. (Zitierweise: Artikulation). Ziele können direkt oder indirekt ermittelt werden (zur Abgrenzung dieser beiden Methoden vgl. Heinen: Zielsystem, S. 31 ff.). Die indirekte Methode bedient sich des Rückschlusses von Mittelentscheidungen auf ihnen zugrunde liegende Ziele (zu ihrer Unzuverlässigkeit vgl. z.B. Orlik, Günter: Die Deutsche Bundespost im Spannungsfeld gegensätzlicher Anforderungen, Diss. München 1971, S. 37; Hauschildt: Artikulation, S. 547). Die direkte Methode versucht, schriftliche und mündliche Quellen auszuwerten, um Zielsetzungen festzustellen. Diese Vorgehensweise wählt auch die vorliegende Arbeit.

4) Heinen: Zielsystem, S. 38.

5) Vgl. hierzu z.B. *ibid.*, S. 45 sowie die eben zitierte Quelle von Oettle: Zielsetzungen, S. 18.

6) Diese Aussage dürfte für Einzelhandelsunternehmen in besonderem Maße zutreffen (vgl. vor allem die empirische Untersuchung von Klein-Blenkers, Fritz: Unternehmerziele im Facheinzelhandel. In: Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln, 24. Jg.(1972), hrsg. v. Edmund Sundhoff (Zitierweise: Unternehmerziele), insbes. S. 71 und S. 81; vgl. auch Kirsch/Gabele, *op.cit.*, Sp. 2340 ff.).

7) Kirsch: Führungslehre, S. 161 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

Um so wichtiger ist es sowohl für den Praktiker als auch für den Wissenschaftler, der rational fundierte Problemlösungshilfen bereitstellen will, eine unternehmerische Zielkonzeption zu erarbeiten, die als Maßstab für betriebliches Handeln dienen kann.¹⁾ Dies soll im folgenden für Apotheken geleistet werden. Dabei kann es nicht darum gehen, für alle Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland ein einheitliches, insgesamt operationales Zielsystem zu entwickeln, sondern lediglich "um die formale Vorarbeit, die nötig ist, um für jedes einzelne Unternehmen eine individuelle Zielkonzeption zu entwerfen."²⁾ "Die subjektiven Zielsetzungen eines Betriebes müssen [nämlich] ganz auf seine eigenen und besonderen Aktionskonstellationen (Produktionsbedingungen, Kapitalausstattung, Wareneigenarten, Standort usw.) hin abgefaßt sein."³⁾

Die Aufstellung handlungsrelevanter Ziele ist Teil einer Absatzpolitik von Apothekenleitern.⁴⁾ Die absatzwirtschaftlichen Zielsetzungen sind dabei aus den Oberzielen des Unternehmens abzuleiten.⁵⁾ Diese Vorgehensweise führt zur Darstellung des unternehmerischen Zielsystems in Form einer Zielhierarchie:⁶⁾ Auf der Grundlage des besonderen Betriebstyps der Apotheke werden wirtschaftliche und nicht-wirtschaftliche Oberziele gebildet, aus denen - der Aufgabenstellung der vorliegenden Arbeit entsprechend - absatzwirtschaftliche Teilziele deduziert werden.⁷⁾ Diese, ein "Zielsubsystem des Absatz-

-
- 1) "Damit soll sichergestellt werden, daß die Zielsetzung nicht das Ergebnis eines Zufalls, sondern eines bewußt vollzogenen geistigen Prozesses ist" (Grün, Oskar: Zielbildung, Prozesse der. In: HWB, 4. Aufl., Stuttgart 1976, Sp. 4722).
 - 2) Witte/Hauschildt: Interessenkonflikt, S. 83; vgl. ähnlich Ulrich, Hans: Unternehmungspolitik, Bern und Stuttgart 1978, S. 102.
 - 3) Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 28.
 - 4) Vgl. hierzu die Definition von Absatzpolitik auf S. 10 dieser Arbeit.
 - 5) Vgl. z.B. Hafner, S.: Absatzpolitik. In: Falk, Bernd/Wolf, Jakob, Handlexikon für Handel und Absatz, München 1979, S. 26; Meffert: Marketing, S. 73; Raffée: Grundprobleme, S. 183 f.; Hill: Marketing 1, S. 44 ff.; Bidlingmaier: Marketing 1, S. 131 ff.
 - 6) Vgl. hierzu vor allem Bidlingmaier: Unternehmerziele, S. 76 f.; siehe auch Kupsch, op.cit., S. 33 ff.; Schmidt: Wirtschaftslehre, S. 146 ff.
 - 7) Vgl. hierzu Abbildung 6 auf S. 111.

bereiches"¹⁾ darstellenden Zielsetzungen müssen dergestalt formuliert werden, daß sie entscheidungsdeterminierende Wirkung für das absatzwirtschaftliche Handeln haben. Daher sind sie selbst wiederum in Aktionsbereichsziele aufzuspalten.²⁾ Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, "daß Zielentwicklung und Problemlösung [besonders] bei innovativen Entscheidungsvorgängen in einem engen wechselseitigen Zusammenhang stehen."³⁾ Dies bedeutet, daß häufig keine eindeutige, in Form einer zeitlichen Abfolge aufgebaute Ziel-Mittel-Kette existiert, sondern die Formulierung von Zielen von wahrgenommenen Alternativen während eines Problemlösungsprozesses beeinflußt wird.⁴⁾

A. ZUR BETRIEBSTYPSSPEZIFISCHEN ABLEITUNG VON OBERZIELKATEGORIEN

In den Oberzielen "schlagen sich die zielbildenden Kräfte nieder, das heißt jene Interessen am Betrieb, die sich an der Bildung seiner Oberziele beteiligt haben und sich dabei gänzlich oder teilweise durchzusetzen vermochten".⁵⁾ Bei ständischen Einzelunternehmungen sind dies i.d.R. vor allem private Interessen des Eigentümers. Hinzu können noch individuelle Interessen der Belegschaft treten. Da der vorliegende

1) Schneider, Dieter J.G.: Unternehmungsziele und Unternehmungskooperation, Wiesbaden 1973, S. 23, Fußnote 30.

2) Dieser Arbeitsschritt wird in der vorliegenden Untersuchung nicht in diesem Kapitel, sondern in jedem einzelnen Handlungsbereich vorgenommen. Vgl. hierzu Abb. 6 auf S. 111.

3) Reichwald, op.cit., S. 530.

4) Vgl. ibid., S. 530; siehe auch Bidlingmaier: Marketing 1, S. 142; Witte, Eberhard: Entscheidungsprozesse. In: HWO, 2. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla, Stuttgart 1980, Sp. 638 f.; zur Kritik an eindeutigen Ziel-Mittel-Relationen vgl. auch Lamperstorfer, Günther: Die Ziele in der Marketingplanung, Diss. München 1974, S. 67 ff.

5) Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 36. Kirsch unterscheidet in diesem Zusammenhang Ziele der Organisation und Ziele für die Organisation. Damit letztere zu Zielen der Organisation werden, müssen sie autorisiert werden (vgl. Kirsch: Führungslehre, S. 158 ff.).

Betriebstyp u.a. dadurch gekennzeichnet ist, daß sein instrumentaler Sinn es verlangt, direkt öffentliche Aufgaben in der Gesundheitsversorgung zu erfüllen,¹⁾ sind zu den autorisierten Interessen an der Zielbildung auch kollektive, öffentliche Interessen zu zählen, die insbesondere von staatlichen Instanzen vertreten werden.²⁾

1. Individuelle, private Interessen

Wirtschaftliche Interessen des Unternehmers (Apothekers) gelten vor allem der Bildung von Einkommen (Erwerbsziele) sowie der Erringung und Festigung wirtschaftlicher Sicherheit (finanzwirtschaftliche Sicherungsziele) und Unabhängigkeit (Selbstständigkeitsziele). Zumindest Einkommensziele und finanzwirtschaftliche Sicherungsziele erhalten dann einen hohen Stellenwert, wenn die Aufrechterhaltung des Betriebes zum Unterhalt des Unternehmers und seiner Familie notwendig ist. Dies dürfte in der Regel bei den meisten ständischen Unternehmungen in der Bundesrepublik Deutschland der Fall sein und im allgemeinen auch auf Apotheken zutreffen.

Individuelle, private Interessen des Eigentümers können auch nicht-wirtschaftlicher Natur sein.³⁾ Sie richten sich bei Geltung des Berufsausübungsprinzips insbesondere auf den Wunsch, bestimmte Berufsleistungen zu erbringen (Darbietungsziele).⁴⁾ Beim Beruf des Apothekers steht hinter ihnen mög-

1) Vgl. hierzu S. 31 ff. dieser Arbeit.

2) Zu den sozialen Gruppen, die an der Zielbildung von Unternehmungen beteiligt sein können, vgl. allgemein Oettli: Betriebserfolge, S. 44.

3) Eine Trennung ökonomischer und außerökonomischer Ziele ist allerdings nicht immer klar durchzuführen (vgl. Schneider, Dieter J.G.: S. 30). Sie soll daher auch bei der Besprechung einzelner Zielarten in der vorliegenden Arbeit nicht angewendet werden (vgl. auch Bidlingmaier, Johannes/Schneider, Dieter J.G.: Ziele, Zielsysteme und Zielkonflikte. In: HWB, 4. Aufl., Stuttgart 1976, Sp. 4737 f.).

4) Zur Geltung des Prinzips der Ausübung eines bestimmten Berufes als Leitmaxime der betrieblichen Betätigung in Apotheken vgl. S. 40 ff. dieser Arbeit.

licherweise das Motiv, kranken Menschen helfen zu wollen.¹⁾ Eigeninteressen können aber beispielsweise auch gesellschaftliches Ansehen, Machtvermehrung und/oder persönliche Selbständigkeit (Unabhängigkeitsziele) im Auge haben.

Auch die Betriebsangehörigen verfolgen eigene, private Interessen. Diese zielen vor allem auf den Einkommenserwerb und auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen ab. Da in Apotheken wegen ihrer relativ geringen Betriebsgröße keinerlei gesetzliche Mitbestimmungsansprüche der Mitarbeiter existieren, kann nur im Einzelfall untersucht werden, inwieweit die genannten Interessen bei der Zielbildung des jeweiligen Betriebes berücksichtigt worden sind.

2. Kollektive, öffentliche Interessen

Kollektive, öffentliche Interessen treten im Zielsystem des Betriebes einmal als Zielaufgaben des Gesetzgebers hervor (öffentliche Bindung).²⁾ Insofern dies der Fall ist, benützt der Staat Apotheken als Instrumente seiner Gesundheitspolitik.³⁾ Zum anderen äußern sich die genannten Interessen in freiwilligen Selbstbegrenzungen von privatwirtschaftlichen Handlungsspielräumen der betreffenden Unternehmer.⁴⁾ Insofern können Unternehmer kollektive, öffentliche Interessen zu ihren eigenen machen.

Ob sich Unternehmer derartige Selbstbeschränkungen, die u.a.

1) Zu den Motiven von Apothekern bei der Wahl und Ausübung ihres Berufes vgl. die empirische Untersuchung von Maasberg, op.cit., S. 63 ff.

2) "Schreibt der Staat der Unternehmung Ziele zum Vollzug vor, so werden sie als Zielaufgaben Bestandteil ihrer Zielkonzeption ..." (Schmidt: Wirtschaftslehre, S. 134; vgl. auch Hauschildt: Absatzpolitik, S. 14). Dies kann insbes. durch Gesetze und Verordnungen geschehen (vgl. Hauschildt: Absatzpolitik, S. 14).

3) Vgl. hierzu S. 32 dieser Arbeit

4) Vgl. hierzu Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 36 f. Beispiele für Selbstbeschränkungen von Apothekern finden sich z.B. in deren Berufsordnungen (vgl. das abgedruckte Beispiel im Anhang).

eine Übernahme von Pflichten zu Lasten des Erwerbsstrebens mit sich bringen, aus ethischen Rücksichten auferlegen oder (auch) aus ökonomischen Zweckmäßigkeitsüberlegungen, um eventuell weitergehende staatliche Restriktionen zu vermeiden, ist im Einzelfall Tatfrage, die von außen nur schwer beantwortet werden kann.¹⁾ Oberzielcharakter haben Selbstbegrenzungen wirtschaftlicher Handlungsspielräume jedenfalls nur, wenn ihnen sittlich-ethische Motive zugrunde liegen.²⁾ Die Annahme, daß dies unter Geltung des Berufsausübungsprinzips beim Apothekerstand, dessen Angehörige ihre Arbeit traditionsgemäß unter besondere, dem Allgemeinwohl dienende Verpflichtungen stellen, weithin der Fall ist, ist bisher jedenfalls nicht falsifiziert worden.³⁾

Kollektive, öffentliche Interessen am Betrieb richten sich als Zielaufgaben und in Form von Selbstbegrenzungen privatwirtschaftlicher Handlungsspielräume vor allem auf das Angebot bestimmter Leistungen (Darbietungsziele). Zwar muß jede Unternehmung Leistungen zur Befriedigung von Bedarfen erbringen, will sie überhaupt existieren. Während die Bedarfsdeckung bei privaten, erwerbsstrebigen Unternehmungen in der Regel aber nur Mittel zum Zweck ist und nur verfolgt wird, um vor allem Gewinn zu erzielen,⁴⁾ wird sie bei Betrieben, die öffentliche

1) Vgl. im einzelnen Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 37.

2) Vgl. *ibid.*, S. 37. Eine Betonung berufsethischer Motive als Beweggründe betrieblichen Wirtschaftens findet sich beispielsweise auch bei Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 533.

3) Man muß jedoch eingestehen, daß es im Apothekerberuf - wie in jedem anderen Beruf auch - "...Menschen gibt, die in der Erfüllung ihrer Aufgaben nicht vertrauenswürdig sind und wenig Verantwortung in der Ausübung ihres jeweiligen Berufes zeigen" (Winckelmann, *op.cit.*, S. 194).

4) Am deutlichsten wurde dieser Sachverhalt von Rieger herausgearbeitet (vgl. Rieger, Wilhelm: Einführung in die Privatwirtschaftslehre, 3. Aufl., Erlangen 1964, S. 44 ff.).

Aufgaben erfüllen, zu einem eigenständigen Ziel.¹⁾ So kann der weitverbreiteten Meinung, daß unternehmerische Entscheidungen von einzelwirtschaftlichen Formalzielen wie Gewinn, Rentabilität, Umsatz etc. geleitet werden,^{2) 3)} für den vorliegenden Fall der Apotheken als ständische Unternehmungen mit einem öffentlichen Auftrag nicht zugestimmt werden.⁴⁾ Zwar ist nicht zu bestreiten, daß ein material-gesamt wirtschaftliches Sachziel wie die Bedarfsdeckung (Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln) nicht als Maßstab für einzelwirtschaftliche Entscheidungen dienen kann;⁵⁾ denn seine Erfüllung ist niemals meßbar. Dies bedeutet aber nicht, daß solche Ziele für die betreffenden Einzelwirtschaften irrelevant sind. Sie müssen vielmehr material-einzelwirtschaftlich formuliert und dergestalt operationalisiert werden, daß sie entscheidungsdeterminierende Wirkung haben können.⁶⁾ Grundlegende Vorarbeit hierfür soll in den nächsten Abschnitten geleistet werden.⁷⁾

1) Vgl. hierzu Witte/Hauschildt: Interessenkonflikt, S. 46; Oettle/Thiemeyer: Absatzthesen, These 32. Vgl. auch, was Weber zur Aufgabe des medizinischen Betriebes schreibt (Weber, Max: Wissenschaft als Beruf. In: Weber, Max, Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, 3. Aufl., hrsg. v. Johannes Winckelmann, Tübingen 1968, S. 599).

2) So z.B. Heinen: Zielsystem, S. 90; Bidlingmaier: Unternehmerziele, S. 43; vgl. auch Schneider, op.cit., S. 24 f.

3) Zur Unterscheidung von Sach- und Formalzielen vgl. Kosiol, Erich: Die Unternehmung als wirtschaftliches Aktionszentrum, Reinbek bei Hamburg 1966 (Zitierweise: Unternehmung), S. 212 f.; Hauschildt, Jürgen: Absatzpolitik, S. 9 ff.

4) Lamperstorfer fordert sogar grundsätzlich, "Entscheidungen mit Sachzielcharakter als einen eigenständigen Bereich der Zielplanung zu betrachten" (Lamperstorfer, op.cit., S. 126).

5) Vgl. hierzu Schneider, Dieter J. G., op.cit., S. 25 f.; Wächter, Hartmut: Unternehmungs- und Unternehmerziele im sozio-ökonomischen Feld, Göttingen 1969, S. 17.

6) Vgl. hierzu Schneider, Dieter J. G., op.cit., S. 26 f.

7) Vgl. zu den folgenden Abschnitten auch die Übersicht auf S. 111.

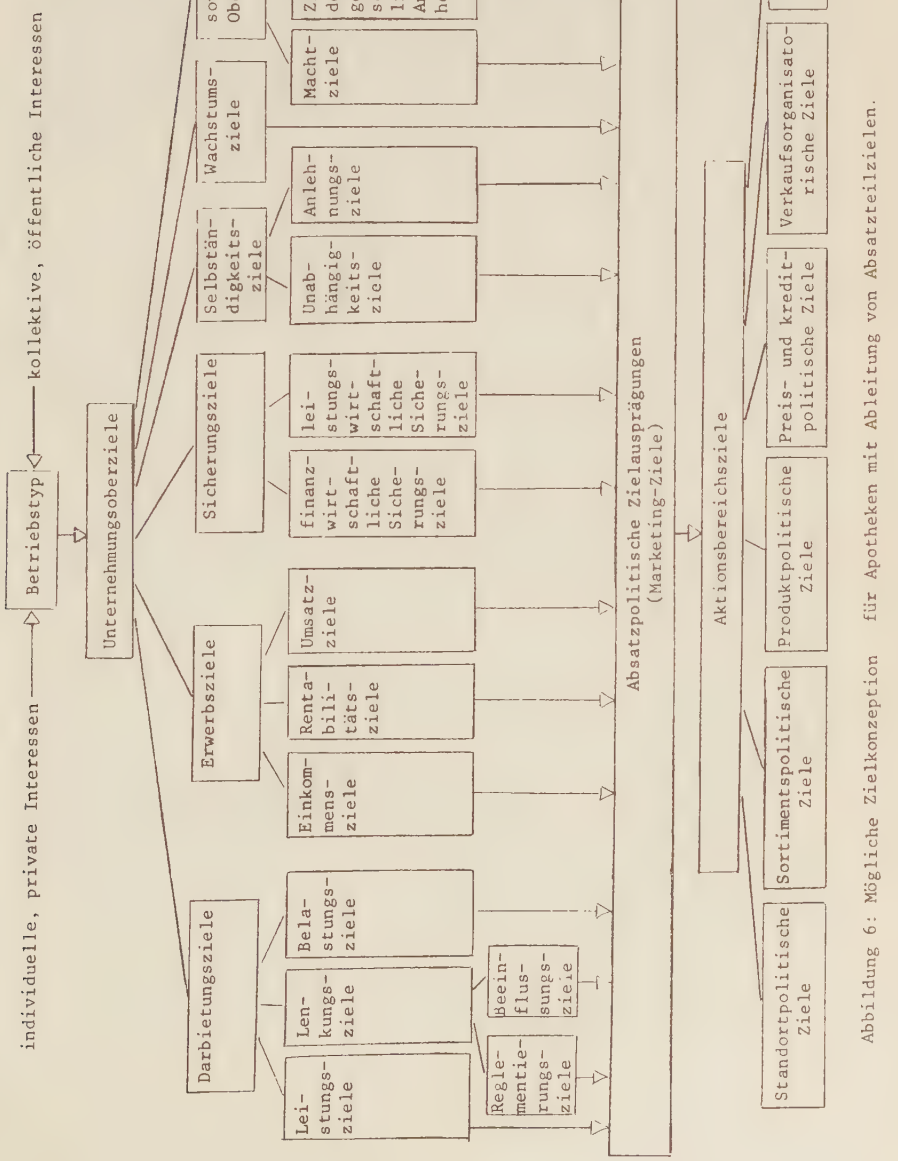


Abbildung 6: Mögliche Zielkonzeption für Apotheken mit Ableitung von Absatzteilzielen.

B. ABSATZWIRTSCHAFTLICHE AUSPRÄGUNGEN MÖGLICHER OBER- ZIELKATEGORIEN VON APOTHEKEN

Die folgenden Abschnitte sollen vor allem den Dualismus in der Zielsetzung von Apotheken verdeutlichen. Die Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland ist eine private Unternehmung mit öffentlichen Aufgaben.¹⁾ Sie ist sowohl einzelwirtschaftlichen als auch nicht-wirtschaftlichen, und zwar insbesondere gesundheitspolitischen Zwecken gewidmet²⁾ und soll "sowohl einen Gewinn erwirtschaften als auch Leistungen erbringen, die im öffentlichen Interesse liegen."³⁾ Dabei ist es für die vorliegende Arbeit nicht relevant, ob die genannten Ziele im praktischen Einzelfall auch tatsächlich jeweils als Oberziele verfolgt werden; denn die Untersuchung stellt sich auf die Grundlage der gegenwärtigen Lebensbedingungen von Apotheken in der Bundesrepublik, die beiderlei Zwecke einschließen.

Um konkrete absatzpolitische Maßstäbe zu erhalten, müssen die gewonnenen Oberziele schrittweise operationalisiert, d.h.

"durch meßbare spezifische Unterziele ersetzt werden".⁴⁾

Teilweise erübrigt sich auch eine absatzwirtschaftliche Konkretisierung unternehmerischer Oberziele, wenn sich diese direkt auf Absatzmärkte richten und damit zumindest langfristig mit Absatzzielen identisch sind.⁵⁾

1) Vgl. hierzu das erste Kapitel dieser Arbeit.

2) Vgl. auch Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 41.

3) Witte/Hausschildt: Interessenkonflikt, S. 46.

4) Schmidt-Sudhoff, op.cit., S. 126; zur Konkretisierung und Spezifizierung von Zielen im Sinne einer Zielhierarchie in absatzwirtschaftlicher Sicht vgl. Magyar, Kasimir M.: Marktziele einer neuzeitlichen Unternehmungspolitik, Rorschach 1969, insbes. S. 104 ff. und S. 265 f.

5) Vgl. hierzu etwa auch Weinhold-Stünzi: Grundlagen, S. 98; Lamperstorfer, op.cit., S. 121.

1. Darbietungsziele

Darbietungsziele sind Ausdruck von kollektiven, öffentlichen wie von individuellen, privaten Interessen, die sich direkt auf die Erfüllung gewisser (öffentlicher) Aufgaben bzw. auf die Erbringung bestimmter Berufsleistungen richten. Sie können in die drei Kategorien der Leistungsziele (Bedarfsdeckungsziele), Lenkungsziele und Belastungsziele unterteilt werden.¹⁾

a. Leistungsziele

Leistungsziele bestimmen "die Arten der Leistung, die gewünschte Menge und Qualität des Leistungsangebots sowie das Bedienungsgebiet und die Bedienungszeit."²⁾ Sie richten sich damit direkt auf das Leistungsergebnis der jeweiligen Unternehmung und stellen so bereits absatzwirtschaftlich konkretisierte Imperative dar.³⁾

Das Leistungsprogramm von Apotheken umfaßt die Gesamtheit aller von ihnen angebotenen Sach-, Dienst- und Gewährleistungen, also vor allem die Herstellung, Lagerung und Kontrolle von Arzneimitteln, insbesondere ihre ordnungsgemäße Abgabe und die fachkundige Beratung von Patienten. Möglicherweise gehören zu ihm auch das Angebot apothekenüblicher Waren, die keine Medikamente sind, sowie selbständige Dienstleistungen, wie beispielsweise die Durchführung von Laboruntersuchungen,

1) Vgl. hierzu Oettle: Zielsetzungen, S. 28 f.

2) Oettle: Betriebserfolge, S. 47; vgl. hierzu auch Hauschildt: Absatzpolitik, S. 13.

3) Witte und Hauschildt sprechen in diesem Zusammenhang von der Leistungskonzeption, beziehen in sie aber nicht nur die Leistungsmerkmale, sondern auch die Bestimmung des Leistungsprozesses mit ein (vgl. Witte/Hauschildt: Interessenkonflikt, S. 87). So weit muß in der vorliegenden Arbeit nicht gegangen werden, wenngleich die (absatzwirtschaftlichen) Leistungsziele "auch die für erforderlich gehaltenen quantitativen und qualitativen Kapazitäten der Produktions- und Verteilungsapparaturen /mitbestimmen/" (Oettle: Zielsetzungen, S. 28).

die Mitwirkung in der Gesundheitserziehung, die Aufklärung und Mithilfe in der Präventivmedizin, die Beratung von Ärzten in pharmazeutischen Fragen.¹⁾

Bei der Festlegung von Leistungsarten sowie von gewünschten Mengen und Qualitäten des Leistungsangebots ist zweckmäßigerweise eine Differenzierung nach Teilmärkten vorzunehmen;²⁾ denn einzelne Leistungsziele werden je nachdem, auf welchen Teilmarkt sie sich richten, unterschiedliche Ausprägungen aufweisen. So ist z.B. bezüglich der Leistungsarten auf pharmazeutischen Märkten grundsätzlich zu entscheiden, ob das Leistungsprogramm nur die Allopathie oder auch homöopathische Arzneimittel umfassen soll. Weiterhin muß etwa eine Entscheidung darüber gefällt werden, ob die jeweilige Apotheke auf Märkten für "apothekenübliche Waren" überhaupt tätig werden soll.

Auf den "ethisch-pharmazeutischen" Märkten sind Leistungsziele, die das physische Produkt betreffen (Sachleistungsziele), zum großen Teil durch Zielaufgaben determiniert. Die Art der Leistung sowie die Menge werden im Einzelfall vom verschreibenden Arzt festgelegt, an dessen Verordnung sich der Apotheker exakt zu halten hat ("Aut-simile-Verbot").³⁾ Bestehen Unklarheiten, so muß er Rücksprache mit dem betreffenden Arzt nehmen.⁴⁾ Was die Festlegung von Leistungsqualitäten betrifft, so bleiben dem Apotheker in bezug auf die primäre Sachleistung ebenfalls keinerlei Spielräume: Arzneimittel haben jederzeit höchsten qualitativen Anforderungen zu genügen.⁵⁾ Auf den genannten Märkten liegt damit eine weitgehende Fremdbestimmung

1) Vgl. zu diesen Dienstleistungen ausführlich S. 223 ff. dieser Arbeit.

2) Hierauf zielt z.B. auch die Empfehlung von Hafner (op.cit., S. 26) ab, in bestimmten Fällen eine Differenzierung der Absatzziele nach Sortimentsbestandteilen durchzuführen.

3) Vgl. § 10, Abs. 4, Satz 1 ApoBo.

4) Vgl. § 10, Abs. 4, Satz 2 ApoBo.

5) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 213 f. dieser Arbeit.

der zu erbringenden Sachleistung vor.¹⁾

Betriebsindividuelle Freiheiten existieren bei der Gestaltung von eigenständigen und mit der Sachleistung verbundenen Dienstleistungen, wie z.B. in der Beratung von Patienten²⁾ und im Anbieten eines spezifischen Lieferservice.³⁾ Hierauf gerichtete Ziele können etwa in Form von "Mindeststandards"⁴⁾ für Beratungsintensitäten, Bedienungszeiten, Lieferbereitschaftsgrade, Qualitäten zusätzlicher Gesundheitsserviceleistungen formuliert werden. Schon allein wegen der besonderen und in Zukunft sicherlich noch steigenden Bedeutung von Dienstleistungen bei der Lösung gesundheitlicher Probleme⁵⁾ vermag der Apotheker durch die Verfolgung solcher Dienstleistungsziele das akquisitorische Potential⁶⁾ der Unternehmung tendenziell zu erhöhen, und zwar nicht nur auf dem Teilmarkt für rezeptpflichtige Medikamente. Die genannten Leistungen strahlen nämlich auch positiv auf das Angebot in anderen Teilmärkten aus.

Auf den "populär-pharmazeutischen" Märkten gilt das eben Gesagte in ähnlicher Weise. Sofern keine ärztliche Verordnung vorliegt, besitzt der Apotheker allerdings erheblich größere Handlungsspielräume; denn er selbst übt nicht selten auf Art,

1) Vgl. hierzu auch die Ausführungen über die Gebundenheit des Leistungsangebots von Apotheken auf S. 33 f. dieser Arbeit.

2) Zum Beratungsspielraum bei Arzneimitteln vgl. etwa Wimmer, Frank: Beratung ist die beste Werbung. In: AJ, Nr. 2/1980, S. 67 f.

3) Vgl. hierzu S. 279 ff. dieser Arbeit.

4) Über die Festlegung von Mindeststandards der betrieblichen Leistungen vgl. etwa Bätz, op.cit., S. 103.

5) Vgl. hierzu etwa: Herder-Dorneich, Philipp: Gesundheitsökonomik, S. 4; Pohmer, Dieter: Diskussionsbeitrag auf einer Sitzung der "Arbeitsgruppe Wettbewerb" im Wirtschaftspolitischen Ausschuß des Vereins für Sozialpolitik, abgedruckt in: Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, hrsg. v. Burkhardt Röper, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 107, Berlin 1980, S. 68 f.

6) Zum Begriff des akquisitorischen Potentials vgl. Gutenberg: Der Absatz, insbesondere S. 243.

Qualität und Menge der primären Sachleistung wesentlichen Einfluß aus, wenn sich Kundenbedarfe nicht schon auf eine bestimmte Spezialität konkretisiert haben. Daß es in solchen Fällen für den Apotheker Oberziel sein muß, sich allein von seinen Kenntnissen über die therapeutische Wirksamkeit von Präparaten und nicht etwa von Erwerbsüberlegungen leiten zu lassen, ist zwar eine normative, werturteilsbehaftete Forderung, die auf ethischen Vorstellungen in unserer Gesellschaft basiert. Sie ist jedoch durch den gesetzlichen Auftrag zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung gerechtfertigt, und bei ihrer verbreiteten Mißachtung muß mit negativen rechtlichen Sanktionen gerechnet werden, langfristig z.B. mit einer Aufhebung des Warenmonopols für apothekenpflichtige Medikamente. Auch die Beratungsfunktion nimmt auf den genannten Märkten einen außerordentlich hohen Stellenwert in der Ziel-funktion von Apotheken ein, wird der Apotheker doch zum einzigen fachlich gebildeten Ansprechpartner eines Patienten. An der besonderen Bedeutung der genannten Sachziele ändert auch die Tatsache nichts, daß sie sich nur schwerlich operational formulieren lassen. Immerhin könnte beispielsweise ein konkreter Fragenkatalog aufgestellt werden, an dem sich der Apotheker im Einzelfall bei der Beratung orientieren kann.

Individuelle Freiheitsräume für eine Zielformulierung; die sich auf die Festlegung von Art, Menge und Qualität der angebotenen Leistungen richtet, bestehen auf Märkten für freiverkäufliche Arzneimittel und für apothekenübliche Waren, die keine Medikamente sind. Insbesondere im Ergänzungssortiment werden Darbietungsziele zu Unterzielen, die u.a. Erwerbs- und Sicherungszielen dienen sollen; denn auf diesem Gebiet tritt der Apotheker in Konkurrenz zu Betrieben anderer Branchen und ist deshalb nicht allein für die Erstellung eines öffentlichen Aufgaben entsprechenden Leistungsangebots verantwortlich.

Das Ziel, ein bestimmtes Gebiet akquisitorisch zu erschließen, ist nur individuell zu umreißen. Dabei kann der Umfang des Versorgungsgebietes niemals exakt definiert werden, da kein fester Anschluß von Kunden an das jeweilige Unternehmen existiert, wie z.B. bei Strom- und Wasserversorgungsunternehmen.¹⁾

Weitgehend abhängig von allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen und örtlichen bzw. regionalen Regelungen ist dagegen die Festlegung der Bedienungszeit, insbesondere der Dienstbereitschaft, deren Einhaltung damit zu einer Zielaufgabe wird.²⁾

b. Lenkungsziele

Lenkungsziele können unterteilt werden in Beeinflussungs- und Reglementierungsziele.³⁾ "Beeinflussungsziele wollen Angebotseigenschaften (Leistungseigenschaften, Werbung bzw. Information, Gegenleistungsforderungen) gestalten und so den Bedarf an freiwillig abzunehmenden Leistungen lenken."⁴⁾ Reglementierungsziele beziehen sich auf die zwangsweise Abnahme betrieblicher Leistungen oder auf das Verbot einer Leistungsabgabe an bestimmte Personen(-gruppen).⁵⁾ Im vorliegenden Fall der Apotheken untersagen sie vor allem eine Aushändigung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln ohne Vorlage einer ärztlichen Verschreibung. Spielräume zur eigenverantwortlichen Zielformulierung verbleiben dem Apotheker nur in geringem Umfang.⁶⁾

1) Vgl. hierzu im einzelnen die Ausführungen über die Standortpolitik auf S. 145 ff dieser Arbeit.

2) Vgl. hierzu ausführlich den Abschnitt über die Dienstbereitschaft auf S. 271 ff. dieser Arbeit.

3) Vgl. Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 39.

4) Ibid., S. 39; vgl. auch Mahnkopf, Rudolf: Möglichkeiten einer Berücksichtigung unterschiedlicher Ziele kaufmännischer Unternehmungen und öffentlicher Betriebe in der betriebswirtschaftlichen Investitionstheorie, Diss. München 1973, S. 96 f.

5) Vgl. Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 39.

6) So dürfen die genannten Arzneimittel ohne Rezept z.B. an Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte sowie in dringenden Fällen nach vorheriger Rücksprache mit einem Arzt auch an andere Personen abgegeben werden (vgl. § 4 der Verordnung über die Rezeptpflicht von Arzneimitteln, abgedruckt in: Kloesel/Cyran, op.cit., A 2.8, Blatt 190 f.).

Lenkungsziele richten sich direkt auf die absatzwirtschaftliche Seite der Unternehmung und müssen daher nicht erst durch absatzspezifische Unterziele konkretisiert werden. Ihre entscheidungsdeterminierende Formulierung kann wiederum in Form von "Mindeststandards" für bestimmte Sach- und Dienstleistungen, so z.B. für Inhalt und Umfang von Beratungsleistungen vorgenommen werden. Dies ist in den einzelnen Aktionsbereichen der Absatzpolitik durchzuführen, wobei vor allem die verschiedenen Reaktionselastizitäten der Nachfrager zu berücksichtigen sind. Als Indikatoren für eine Messung der Zielerreichung können z.B. auch Warenumsätze, Kundenzahl und -frequenz sowie Marktanteilsverschiebungen herangezogen werden; denn diese Variablen sind ein direktes quantifiziertes Ergebnis der Verfolgung von Beeinflussungszielen.

Beeinflussungsziele möchten, genau genommen, sowohl Bedürfnisse und Bedarfe an Arzneimitteln als auch direkt die Nachfrage nach ihnen lenken.¹⁾ Ersteres ist beispielsweise der Fall, wenn latente Bedürfnisse von Kunden nach Mitteln der Gesundheitspflege und -vorsorge geweckt werden sollen. Letzteres trifft zu, wenn etwa ein Apotheker bei Vorliegen bestimmter Krankheitssymptome einem Patienten von der Arzneimittelnahme abrät und ihm einen Arztbesuch empfiehlt.

Während Lenkungsziele bei privaten, erwerbsstrebigen Unternehmungen - zumindest längerfristig - im allgemeinen darauf gerichtet sind, neuen Bedarf zu bilden (Bedarfskreation), vorhandenen Bedarf auszuweiten (Bedarfsexpansion) und/oder Marktanteile zu gewinnen (Bedarfspartizipation),²⁾ tritt bei Apotheken das staatlich vorgegebene Ziel, auf einen "sparsamen" Gebrauch von (risikobehafteten) Arzneimitteln hinzuwirken, an

1) Vgl. hierzu ähnlich auch Raffée: Bedarfslenkendes Marketing, S. 130.

2) Vgl. hierzu Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 23.

die Stelle der eben genannten Absichten.¹⁾²⁾ Dieses Ziel ist jedoch nicht nur als extern vorgegebene Auflage anzusehen; es kann vom Apotheker vielmehr aus ethischen Gründen einer verantwortlichen Berufsausübung erwartet werden, daß er in der Lage ist, z.B. "auf die Abgabe eines freiverkäuflichen Arzneipräparates zu verzichten, wenn er erkennt, daß sein Kunde unter Beschwerden leidet, deren ärztliche Nichtbehandlung eine ernste Gefahr heraufbeschwören würde."³⁾ Ein auf Arzneimittelmärkte gerichtetes apothekenspezifisches Oberziel lautet also: Bedarfsbeschränkung auf den "medizinisch notwendigen" Bedarf.⁴⁾

Besondere Probleme bereitet allerdings eine Operationalisierung des genannten Ziels. Hierbei kann nicht verallgemeinert werden, sondern es ist der Bedarf an Medikamenten einzelner Indikationsgebiete zu untersuchen. So kann aus gesundheitlicher Sicht beispielsweise bei Analgetika und Hypnotika wegen möglicher Dauerschäden bei häufiger Applikation nur eine Bedarfskontraktion angestrebt werden. Auf den Märkten für Antimykotika und Diagnostika ist dagegen eine Bedarfskreation bzw. -expansion zu verfolgen, um eine Ausweitung der entsprechenden Krankheiten zu verhindern und die Erkenntnis ihrer Gefahren in der Bevölkerung zu stärken. Aus den eben gemachten Ausführungen läßt sich unzweifelhaft ableiten, daß für die Bestimmung des "medizinisch notwendigen" bzw. "richtigen" Maßes des Arzneimittelkonsums keine allge-

-
- 1) Vgl. hierzu z.B. die Berufsordnungen der Landesapothekerkammern (insbesondere das abgedruckte Beispiel im Anhang, S.375), § 8.
 - 2) Auf die Notwendigkeit, im Gesundheitswesen solche auf gesellschaftlichen Grundwerten basierende Ziele in Marketingkonzepte aufzunehmen, um langfristig nicht negativen sozialen Sanktionen ausgesetzt zu werden, wurde bereits hingewiesen (vgl. S.13 f. dieser Arbeit).
 - 3) Winkelmann, op.cit., S. 181; vgl. auch Zander/Zander: Die Apotheke, S. 14 f.
 - 4) Vgl. hierzu auch Dorn, op.cit., S. 96 ff. An der faktischen Verfolgung dieses Ziels in der Praxis kommen bei empirischen Beobachtungen allerdings nicht selten Zweifel auf (vgl. etwa Kuhn, op.cit., S. 57 ff.).

meingültigen Kriterien existieren. Hierüber können nur Arzt und Apotheker im Einzelfall in gesundheitlich verantwortungsvoller Weise befinden. Gesundheitspolitische Lenkungsziele können jedenfalls nur erreicht werden, wenn eine Problematisierung des Arzneimittelkonsums angestrebt wird, indem eindeutig auf Risiken der medikamentösen Therapie hingewiesen und ihre Verharmlosung unterbunden wird.

Das Ziel der Bedarfsbeschränkung betrifft allerdings nur das gesamte Bedarfsvolumen innerhalb des jeweiligen Marktfeldes. Keineswegs ausgeschlossen ist das Bestreben, "medizinisch notwendigen" Bedarf von Konkurrenzbetrieben weg auf den eigenen Betrieb zu lenken und in entsprechende Nachfrage umzuwandeln.¹⁾

Andere Überlegungen sind bei Bedarfs- und Nachfragelenkungszielen anzustellen, die sich auf apothekenübliche Waren richten, die keine Medikamente sind. Verneint man eine öffentliche Aufgabe der Apotheken in diesem Leistungsbereich, so können die genannten Ziele nicht als Oberziele proklamiert werden; denn in diesem Fall kommen nur Individualinteressen (des Eigentümers) bei der Zielbildung zum Tragen. Lenkungsziele haben sich dann diesen Interessen unterzuordnen. Vertritt man unter Hinweis auf das öffentliche Interesse an einer vorbeugenden Gesundheitspflege und Hygiene in der Bevölkerung die Meinung, (öffentliche) Apotheken hätten an einer Gewährleistung derselben mitzuwirken,²⁾ so können Lenkungsziele, die sich auf prophylaktische Gesundheitsgüter richten, nur in einer bedarfs-kreativen und -expansiven Dimension konkretisiert werden; denn eine Anwendung dieser Güter ist geeignet, Krankheiten physischer und psychischer Art vorzubeugen.

1) Die standespolitische Auffassung, ein solches Bestreben widerspräche dem Grundsatz der Kollegialität unter Apothekern, ist angesichts der bestehenden Niederlassungsfreiheit nicht aufrechtzuerhalten. Zur grundsätzlichen (standesrechtlichen) Legitimität von Versuchen, Arzneimittelumsätze von konkurrierenden Betrieben in die eigene Apotheke umzulenken, vgl. Pieck, Johannes: Apothekenwerbung aus berufspolitischer und rechtlicher Sicht. In: Pharm.Ztg. 125.Jg. (1980), S. 291.

2) Vgl. hierzu S. 28 dieser Arbeit.

c. Belastungsziele

Belastungsziele sind an sich in der Gemeinwirtschaft beheimatet, kommen aber "auch bei erwerbswirtschaftlich und ständisch geführten privaten Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern vor. Sie bestehen darin, Entgeltsforderungen gemäß dem Versicherungsstatus der Patienten (Zugehörigkeit zu gesetzlichen Krankenversicherungen, Privatversicherte, Unversicherte) zu differenzieren..."¹⁾ Im einzelnen geht es für Apotheken hierbei um die Erhebung einer Rezeptgebühr für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen, den Verzicht auf die Gebühr vor allem bei Kriegsbeschädigten für die im Krieg zugezogenen Leiden, Rentnern, die bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreiten, mitversicherten Kindern und unter Mutterchaftsfürsorge stehenden Müttern sowie um die volle Bezahlung der ausgehändigten Medikamente bei Privat- und Unversicherten. Die genannten Belastungsziele bestehen bei Apotheken allerdings ausschließlich in staatlichen Zielaufgaben, für deren individuelle Formulierung dem Apotheker keine Spielräume verbleiben.

2. Erwerbsziele

Erfüllen ständische Unternehmen öffentliche Aufgaben, wie die Apotheken, so wird weithin die Forderung erhoben, Erwerbsziele lediglich als Unterziele zu betrachten und die Gewährleistung der öffentlichen Aufgabe als Oberziel anzusehen.²⁾ Um diese Forderung zu rechtfertigen, müßte der

1) Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 40.

2) So z.B. von verschiedenen Gerichten (vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 1964, op.cit., S. 410 und neuerdings wieder: o.V.: BVG: Apotheke ist kein "Drugstore", op.cit., S. 4; sowie Urteil des Landesberufungsgerichts für die Heilberufe beim Bayer. Obersten Landesgericht München vom 19.6.1979 (AZ: LBG-AP-1/79), auszugsweise abgedruckt in: Pharm.Ztg., 124.Jg. (1979), S. 1537).

Staat als Äquivalent für die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben eine Garantie für ein "ausreichendes" Einkommen des ständischen Unternehmers geben.¹⁾ Im Falle der Apotheken reichen die staatlichen Regelungen jedoch im Einzelfall vor allem aus drei Gründen nicht aus, um ein gesichertes Einkommen zu garantieren und den Apotheker bei der Erfüllung seiner öffentlichen Aufgabe vor wesentlichen Benachteiligungen gegenüber Betrieben anderer Branchen zu schützen²⁾:

(1) Die degressive Staffelung der Aufschlagsspannen in der staatlichen Preisspannenverordnung impliziert längerfristig bei steigenden Preisen ein kontinuierliches Absinken der Handelsspanne und damit bei einer mengenmäßigen Stagnation des Marktvolumens möglicherweise einen realen Einkommensrückgang.³⁾

(2) Aufgrund der Niederlassungsfreiheit kann der Staat dem einzelnen Apotheker nicht garantieren, daß in seinem Marktfeld nicht ein "Kollege" eine eventuell ruinierende Konkurrenzgründung vornimmt und damit sein Einkommen existenzgefährdend sinkt.

(3) Bei nicht-apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist die Apotheke durch restriktive Bestimmungen bezüglich Bedienungsform und -personal im Konkurrenzkampf mit Betrieben anderer Branchen schlechtergestellt.⁴⁾ Dies gilt in bezug auf die Werbung⁵⁾

1) Vgl. ähnlich etwa: Oettle: Betriebserfolge, S. 39. Als eine solche Garantie wird für Apotheken oft die gesetzliche Fixierung der Handelsspannen für apothekenpflichtige Arzneimittel und die Gewährung des Warenmonopols bei den genannten Waren angesehen.

2) Vgl. hierzu auch Beyer-Enke, Siegfried: "Handverkaufslehre" für Apotheker unerlässlich! In: Der Deutsche Apotheker, 28.Jg.(1976), Nr. 10, S. 3.

3) Über aktuelle, handelsspannensenkende Auswirkungen der degressiv gestaffelten Zuschlagsätze der Arzneitaxe aufgrund steigender Packungsgrößen und Preise im Jahr 1979 vgl. Weiler, Heribert O.: Ungebremste Talfahrt der Apotheken-Rendite. In: Pharm. Rundschau 1/1980, S. 18; vgl. auch Lietz, op.cit., S. 12.

4) Vgl. hierzu die Ausführungen im Bereich der Angebotsorganisation auf S. 285 dieser Arbeit.

5) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 322 ff. dieser Arbeit.

zusätzlich für "apothekenübliche Waren".

Aus den genannten Gründen kann es Apothekern nicht verwehrt werden, Gewinnziele zu verfolgen, und zwar neben Darbietungszielen auf der Oberzielebene;¹⁾ denn Apotheker übernehmen wirtschaftliche Risiken,²⁾ deren Abgeltung in einem marktwirtschaftlichen System ein wesentliches unternehmerisches Tätigkeitsmotiv darstellt. Soll eine Unternehmung, die Risiken eingeht, weiterbestehen, so muß das Ziel, wenigstens einen begrenzten Gewinn zu erwirtschaften, "...notwendiges Element eines jeden unternehmerischen Zielsystems darstellen."³⁾ Mit dieser Aussage sollen allerdings keinerlei Feststellungen über die Höhe von Apothekereinkommen gemacht werden, geschweige denn Wertungen über "angemessene" bzw. "ungerechtfertigt hohe" oder "zu geringe" Gewinne abgegeben werden. Objektive Kriterien, an Hand derer die Angemessenheit von Apothekereinkommen zuverlässig zu beurteilen ist, existieren in freien marktwirtschaftlichen Systemen nicht.⁴⁾

Auch Erwerbsziele sind zu konkretisieren, wenn sie rationale Entscheidungsmaßstäbe sein sollen. Sie können in verschiedenen sachlichen (und zeitlichen) Ausprägungen formuliert

-
- 1) Zur Bedeutung von Einkommenszielen bei Apothekern vgl. die empirische Analyse von Maasberg, op.cit., S. 80 ff.
 - 2) Zu den in letzter Zeit erheblich angestiegenen wirtschaftlichen Risiken der Apotheker als Unternehmer vgl. etwa: Berberich, Hubert: Das wirtschaftliche Risiko eines Unternehmers. In: DAZ, 119.Jg. (1979), S. 521 ff.
 - 3) Schmidt-Sudhoff, op.cit., S. 102; siehe auch Kalussis: Absatzpolitik, S. 12 f.
 - 4) Vgl. etwa Röper, Burkhardt: Die vertikale Preisbindung bei Markenartikeln, Tübingen 1955, S. 150; Berger, Matthias, op.cit., S.81. Berger glaubt allerdings, allein aus der im Vergleich zu Marktaustritten hohen Zahl von Apothekenneugründungen schließen zu können, daß die Gewinne im pharmazeutischen Einzelhandel im Verhältnis zu anderen Branchen auf einem recht hohen Niveau liegen (vgl. Berger, Matthias, op.cit., S. 79 ff.). Hierbei wird aber übersehen, daß auch andere als Erwerbsabsichten ein wesentliches Motiv zu einer Apothekengründung sein können, z.B. vor allem die unternehmerische Selbständigkeit.

werden.¹⁾²⁾ Gewinnorientierte Zielsetzungen äußern sich im mittelständischen Einzelhandel vor allem im Einkommensstreben.³⁾ Dabei geben "traditionsbedingte Normen eines standesgemäßen Einkommens .. den sozialen Bezugspunkt für die Bestimmung des Gewinnstandards."⁴⁾ Diese Tatsache stützt die These vom unternehmerischen Streben nach einem angemessenen bzw. befriedigenden Gewinn.⁵⁾

Neben absoluten Formen des Gewinnstrebens gibt es auch relative Ausprägungen, die sich im auf den Kapitaleinsatz bezogenen Rentabilitätsstreben äußern.⁶⁾ Ein wichtiges Unterziel, das geeignet ist, Rentabilitätsziele erreichen zu helfen, ist die Maximierung des Lagerumschlags; denn eine hohe Lagerumschlagsgeschwindigkeit bedingt einen geringen Kapitaleinsatz.⁷⁾

"Vieltach werden im Einzelhandel primär Umsatzziele verfolgt..."⁸⁾

1) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 141.

2) Auf die Unmöglichkeit, das absolute "Gewinnmaximieren" als operationales Unternehmungsziel zu verfolgen, ist in der neueren betriebswirtschaftlichen Literatur zur Genüge hingewiesen worden (vgl. etwa Bea, Franz Xaver: Kritische Untersuchungen über den Geltungsbereich des Prinzips der Gewinnmaximierung, Berlin 1968, passim; Schmidt-Sudhoff, op.cit., insbes. S. 43 ff.; Bidlingmaier: Unternehmerziele, insbes. S. 85 ff.; Sandig: Betriebswirtschaftspolitik, S. 99 ff.).

3) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 141. Rössle spricht hierbei vom "einkommenswirtschaftlichen Prinzip" (vgl. Rössle, Karl: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 5. Aufl., Stuttgart 1956, S. 42 f.).

4) Ibid., S. 141; siehe auch Woll, op.cit., S. 48 f.

5) Vgl. hierzu etwa Schmidt-Sudhoff, op.cit., insbes. S. 67 ff.; Heinen: Zielsystem, insbes. S. 82 ff.; Strasser, op.cit., insbes. S. 48 ff.; vgl. speziell in bezug auf den Einzelhandel Welzel, op.cit., S. 72; Kunt, Wolfgang: Die Zielkonzeption der mittelständischen Einzelhandelsunternehmer, Sonderheft der Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln 24, Göttingen 1975, S. 102 f.

6) Vgl. Heinen: Zielsystem, S. 61 ff. sowie die hier zitierte Literatur.

7) Vgl. zur Bedeutung der Lagerumschlagsgeschwindigkeit ausführlich etwa: Villiger, Rudolf: Der Lagerumschlag - ein Produktivitätsfaktor im Einzelhandel, Bern 1962 (Zitierweise: Lagerumschlag), insbes. S. 9 ff.

8) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 142 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen); vgl. auch Welzel, op.cit., S. 73 ff.; Klein-Blenkers: Unternehmerziele, S. 71 und S. 82; Dalrymple, Douglas J.: Quantitative Methods of Measuring Merchandising Performance in Selected Department Stores. In: Gist: Perspectives, S. 355 ff.

Sie bieten gegenüber Gewinnzielen "den Vorteil einfacher und kurzfristiger Überprüfbarkeit."¹⁾ Als Indikator für die Erreichung von Gewinnzielen ist der Umsatz allerdings nur bedingt geeignet, da Umsatz- und Gewinnziel sich nicht vollständig komplementär zueinander verhalten, sondern dann auch in Konkurrenz zueinander stehen, wenn mit Umsatzsteigerungen Kosten erhöhungen verbunden sind, welche die Umsatzmehrerlöse überkompensieren.²⁾ Faßt man den Umsatz als relative Größe auf, so modifiziert sich das absolute Umsatzstreben zu einem Marktanteilstreben, d.h. das Unternehmen versucht, seine Stellung im jeweiligen Marktfeld zu verbessern oder wenigstens zu halten.

Vor allem zur Überprüfung der betrieblichen Wirtschaftlichkeit kann der Umsatz auch in Beziehung zu innerbetrieblichen Faktoren, wie zu Verkaufsflächen, Personal, Wareneinsatz pro Periode etc., gesetzt werden. Eine solche Vorgehensweise erlaubt es, Umsatzziele in einer entscheidungsdeterminierenden, periodisierten Weise in Form von zu erreichenden Kennziffern zu konkretisieren, wobei als materiale Anhaltspunkte Ergebnisse aus Betriebsvergleichen herangezogen werden können.³⁾ So sind Schwachpunkte des eigenen betrieblichen Handelns zu erkennen.⁴⁾

Einzelhandelsbetriebe verfolgen im allgemeinen auch direkt kundenpolitische Zielsetzungen, die als absatzwirtschaftliche Ausprägungen u.a. von Erwerbs- und Beeinflussungszielen aufzufassen sind. Solche Ziele können auf eine Veränderung oder Stabilisierung von Kundenstruktur und -verhalten gerichtet

1) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 142; vgl. auch Heinen: Zielsystem S. 66; derselbe: Zielfunktion, S. 28 f.

2) Vgl. hierzu etwa Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 139; Meffert: Marketing, S. 76 ff.; Heinen: Zielsystem, S. 136 f.

3) Vgl. hierzu Menge: Betriebsvergleich, S. 1700 ff.

4) Zur Verwendung von Kennzahlen im unternehmerischen Zielsystem vgl. allgemein Heinen, Edmund: Zur empirischen Analyse des Zielsystems der Unternehmung durch Kennzahlen. In: Heinen, Edmund, Grundfragen der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre, München 1976, S. 161 ff.

sein.¹⁾ Sie enthalten beispielsweise die Gewinnung neuer Kunden, die Steigerung der Kundenfrequenz, die Schaffung oder Erhöhung eines Kundenstammes. Ihr Erreichungsgrad kann durch marktanalytische Untersuchungen festgestellt werden.

Wegen unterschiedlicher Strukturen, Bewegungen und staatlicher Angebotsbindungen der einzelnen Teilmärkte für "Apothekenwaren" müssen auch Gewinn- bzw. Einkommensziele und deren absatzwirtschaftliche Ausprägungen in differenzierter Formulierung auf die genannten Teilmärkte ausgerichtet werden. So sind Umsatzziele beispielsweise in ihrem Inhalt und in ihrem Ausmaß verschieden zu konkretisieren, je nachdem ob sie sich auf "ethisch-pharmazeutische" Märkte mit auferlegten Bedarfsbeschränkungszielen oder auf Märkte für "apothekenübliche Waren" beziehen. Dies gilt in bezug auf die Dimension des Ausmaßes in gleicher Weise etwa für die Lagerumschlagsgeschwindigkeit von selten nachgefragten, aber möglicherweise einmal lebensrettenden Medikamenten einerseits und von Körperpflegemitteln andererseits.

3. Sicherungsziele

Sicherungsziele können u.a. finanzwirtschaftlichen und leistungswirtschaftlichen Charakter besitzen.²⁾ Finanzwirtschaftliche Sicherungsziele dürften in der Regel von allen Unternehmen unseres marktwirtschaftlichen Systems, die sich selbst erhalten müssen, als Oberziele angesehen werden.³⁾ Diese Zie-

1) Vgl. Kirsch/Gabele, op.cit., Sp. 2346.

2) Vgl. hierzu Oettle: Zielsetzungen, S. 26.

3) Mahnkopf gesteht dem Sicherheitsstreben allerdings nur Unterzielcharakter zu, da er es als ein Mittel zur Erreichung anderer Zielsetzungen ansieht (vgl. Mahnkopf, op.cit., S. 74 ff.). Lediglich in ständigen Unternehmungen (somit auch in Apotheken) bezeichnet er Ziele, die der Sicherung der Berufsausübung dienen, als Oberziele.

le sind vor allem darauf gerichtet, Liquiditätsrisiken zu begrenzen "sowie gegen die Folgen einer etwaigen Realisierung eingegangener Risiken vorzusorgen."¹⁾²⁾ Ist eine derartige Sicherung unzureichend, so ist die Existenz des Betriebes gefährdet.³⁾ Der hervorragende Stellenwert finanzwirtschaftlicher Sicherungsziele geht aus empirischen Erhebungen auch klar hervor.⁴⁾ Er zeigt sich insbesondere im mittelständischen Handel⁵⁾ und damit auch in Apotheken.⁶⁾

Leistungswirtschaftliche Sicherungsziele sind darauf aus, Risiken der Leistungsstörung zu begrenzen sowie gegen deren Folgen vorzubeugen, indem sie etwa durch Vorhalten von leistungswirtschaftlichen Reservekapazitäten verhindern wollen, "daß es durch technische Defekte und berufliche Fehlleistungen sowie wegen mangelnder Vorsorge gegen technische und personelle Ausfälle zu Leistungsstörungen kommt."⁷⁾ Bei Apotheken bestehen solche Ziele in Form von Zielaufgaben beispielsweise in der Lagerhaltung⁸⁾ und grundsätzlich in der persönlichen Anwesenheitspflicht eines approbierten Apothekers oder eines Apothekerassistenten als kurzfristige Vertretung in den Geschäftsräumen.⁹⁾ Im übrigen fällt den Apotheken eine beson-

1) Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 39.

2) Als Indikatoren für eine Messung von Sicherungszielen könnten etwa der Liquiditäts- und Kreditstatus (vgl. hierzu Stützel, Wolfgang: Liquidität, betriebliche. In: HWB, 4. Aufl., Bd. 2, Stuttgart 1975, Sp. 2520 ff.) und/oder verschiedene Kapitalerhaltungsmaßstäbe (vgl. hierzu Heinen: Zielsystem, S. 72 f.) herangezogen werden.

3) Vgl. auch Heinen: Zielsystem, S. 74.

4) Vgl. etwa Klein-Blenkers: Unternehmerziele, S. 72 ff.; Kunt, op.cit., S. 109 f.; Kirsch/Gabele, op.cit., Sp. 2342 f.

5) Hierauf weist z.B. Nieschlag hin (vgl. Nieschlag, Robert: Der Klein- und Mittelbetrieb im Handel - Schicksal und Chancen, Berlin 1976 (Zitierweise: Klein- und Mittelbetrieb), S. 12).

6) Vgl. Maasberg, op.cit., S. 64 ff.

7) Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 42.

8) Vgl. hierzu etwa S. 169 dieser Arbeit.

9) Vgl. hierzu § 7 ApoG und § 1 ApoBo sowie den Kommentar zu letzterem bei Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 31 ff.

dere Aufgabe bei der Medikamentenversorgung in Krisensituationen zu, für die Vorsorge getroffen werden muß.¹⁾

4. Unabhängigkeits- und Anlehnungsziele

"Ein in der Realität häufig zu beobachtendes Ziel stellt das Streben nach Unabhängigkeit dar."²⁾ Dieses Ziel nimmt in Form des Selbstständigkeitsdranges besonders bei ständischen Unternehmungen einen außerordentlich hohen Stellenwert ein.³⁾ Das gilt gleichermaßen für Apotheken, bei denen es, wie empirische Untersuchungen zeigen, sogar als dominant angesehen werden muß.⁴⁾ Selbstständigkeitsziele wollen den Einfluß Externer auf unternehmerische Entscheidungen möglichst stark zurückdrängen.⁵⁾

Unabhängigkeitsziele sind bei Apotheken nicht nur Ausdruck individueller, privater Interessen des Apothekenleiters; sie finden sich auch in staatlichen Zielaufgaben. So deuten etwa die Verpflichtung des Apothekers zur persönlichen Leitung seines Betriebes⁶⁾, die Bestimmungen über die Verpachtung einer Apotheke⁷⁾ sowie das "Fremdbesitz-Verbot"⁸⁾ darauf hin, daß der Staat Einflüsse Dritter auf das Unternehmensgeschehen weitgehend unterbinden will. Im Gesetz finden sich weiterhin spezifische Regelungen, die eine Abhängigkeit von Herstellern und Händlern sowie von Ärzten verhindern wollen.⁹⁾ Sie sollen u.a.

1) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 169 f. dieser Arbeit.

2) Heinen: Zielsystem, S. 77.

3) Vgl. hierzu die empirischen Erhebungen von Klein-Blenkers; Unternehmerziele, S. 72 ff.; Kunt, op.cit., S. 109 f.; Kirsch/Gabele, op.cit., Sp. 2342 f.; vgl. auch Oettle: Zielsetzungen, S. 32.

4) Vgl. Maasberg, op.cit., S. 63 ff.

5) Vgl. auch Heinen: Zielsystem, S. 77.

6) Vgl. hierzu § 7 ApoG sowie die Ausführungen auf S. 37 f. dieser Arbeit.

7) Vgl. hierzu § 9 ApoG.

8) Vgl. hierzu ausführlich Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 71 ff.

9) Vgl. §§ 10, 11 ApoG sowie den Kommentar bei Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 239 ff. und die Ausführungen auf S. 37 f. dieser Arbeit.

gewährleisten, daß der Apotheker pharmazeutisch-fachliche Entscheidungskriterien vor wirtschaftliche stellt.

Trotz der genannten Interessen und Zielaufgaben verbleiben dem Apotheker Spielräume zur Verfolgung von Anlehnungszielen. Solche Bestrebungen können etwa auf die Zusammenarbeit mit einem oder wenigen Großhandelsunternehmen gerichtet sein. Dies gilt gleichermaßen für eine Kooperation mit Ärzten, die insbesondere auf dem Markt für homöopathische Arzneimittel wegen der Vielzahl der hier existierenden und nur geringfügig differierenden Präparate geboten erscheint. Anlehnungsbestrebungen können sich auch auf die gemeinsame Wahrnehmung bestimmter betrieblicher Funktionen mit anderen Apotheken beziehen, wie z.B. der Warenbeschaffung. So gesehen, sind Anlehnungsziele allerdings lediglich Unterziele; denn sie werden aus ökonomischen Zweckmäßigkeitsvorstellungen sowie aus Überlegungen einer besseren (öffentlichen) Aufgabenerfüllung heraus gewählt, etwa um einen kostengünstigeren Wareneinkauf, eine "optimale" Lagerhaltung und/oder einen besseren Lieferbereitschaftsgrad sowie eine mit Ärzten koordinierte Kundenberatung erreichen zu können.

5. Weitere mögliche Oberziele

Die in Betrieben jeglicher Art wie auch in Apotheken verfolgten Oberziele sind mit den Kategorien der Darbietungs-, Erwerbs-, Sicherungs- und Unabhängigkeitsziele nicht annähernd vollständig enumeriert. Zu den außerdem weithin verfolgten Zielsetzungen gehören vor allem Wachstumsziele, Machtziele, das Streben nach gesellschaftlichem Ansehen sowie das Ziel einer traditionsbewußten Betriebsfortführung. Ob diese Zielkategorien im Einzelfall zur Oberzielebene zu rechnen sind, ist Tatfrage, die jeder Unternehmer für sich beantworten muß.

Wachstumsziele treten, empirischen Erhebungen zufolge, bei Einzelhandelsunternehmungen oft als besonders bedeutsam hervor.¹⁾ Als Expansionsbestrebungen äußern sie sich bei neu auf Märkten auftretenden Betrieben. Dagegen dürften Betriebe, die ihr Marktfeld gegen neue Konkurrenten verteidigen müssen, eher Stagnationsziele verfolgen. Wachstumsziele können "persönlichen Bedürfnissen der Unternehmer ... entspringen, die z.B. darin bestehen, das Betätigungsgebiet zu erweitern".²⁾ In diesem Fall muß Expansionsbestrebungen Oberzielcharakter zugesprochen werden.³⁾ Wachstumsziele bestimmen auf Absatzmärkten möglicherweise auch nur das Ausmaß, in dem andere betriebliche Oberziele erreicht werden sollen. So gesehen, erhalten sie "erst im Zusammenhang mit einer inhaltlichen Fixierung ... eine materielle Bedeutung."⁴⁾ Wichtige Maßstäbe für die Erreichung von Wachstumszielen können beispielsweise der Umsatz bzw. Marktanteil, die Kundenzahl, die Verkaufsfläche oder die Anzahl der Beschäftigten sein.

Machtziele sind Ausdruck persönlicher Einstellungen. Welche Bedeutung sie im einzelnen besitzen, kann nur individuell untersucht werden. "Das Machtstreben äußert sich vor allem in der Schaffung monopolistischer Marktstellungen."⁵⁾ Ihm dürfte daher bei Großunternehmungen ein höheres Gewicht zukommen als bei kleineren, ständischen Unternehmen,⁶⁾ wenngleich auch hier das Ziel, eine marktbeherrschende Stellung im eigenen Bedarfsgebiet zu erringen, eine wichtige Triebfeder unter-

1) Vgl. Klein-Blenkers: Unternehmerziele, S. 72 ff.; Kunt, op.cit., S. 109 f.; Kirsch/Gabele, op.cit., Sp. 2342 f.

2) Oettle: Zielsetzungen, S. 34.

3) Vgl. auch Mahnkopf, op.cit., S. 87.

4) Heinen: Zielsystem, S. 123.

5) Ibid., S. 80.

6) Auch Wächter äußert sich zum Machtstreben nur in bezug auf Großunternehmungen (vgl. Wächter, op.cit., S. 117 f.).

nehmerischen Handelns darstellen kann.¹⁾ So interpretiert, kann der Marktanteil als der wichtigste Indikator für eine Messung von Machtzielen herangezogen werden.

Auch das Streben nach gesellschaftlichem Ansehen liegt in der Haltung des einzelnen Unternehmers begründet. U.a. wegen der unmittelbaren Nähe zum Kunden und zur Bevölkerung allgemein muß dieses Ziel bei Einzelhandelsunternehmen als nicht unbedeutend angesehen werden.²⁾ Dies gilt auch für Apotheker.³⁾ Das Streben nach gesellschaftlichem Ansehen äußert sich in dem Verlangen, bei Mitmenschen Anerkennung und Beifall zu finden.⁴⁾ Eine operationale Definition dieses Zieles erscheint kaum möglich, doch könnten Kundenzahl und Marktanteil im Einzelhandel wichtige Indikatoren für seine Erreichung sein;⁵⁾ denn es kann angenommen werden, daß das Werturteil von Konsumenten über ein Unternehmen einen wichtigen Faktor für ihre Einkaufsstättenwahl darstellt.⁶⁾

-
- 1) Eine wichtige Aktionsmöglichkeit, Machtziele zu erreichen, stellt sicherlich die Fusionierung bzw. der Kauf anderer Betriebe dar. Da sich dies für Apotheken verbietet (vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 36 f. dieser Arbeit), ist ihr Machtstreben von vornherein eng begrenzt. Es könnte sich etwa auf die Beeinflussung oder Kontrolle vorgelagerter Wirtschaftsbetriebe, wie z.B. pharmazeutischer Großhandlungen erstrecken.
 - 2) Aufgrund der häufig persönlichen Beziehungen zwischen Unternehmer und Kunde im mittelständischen Einzelhandel verschmelzen dessen soziales Ansehen und das Image seines Geschäftes im Urteil der Konsumenten zu einer Einheit. Zur Bedeutung des genannten Zieles vgl. Klein-Blenkers: Unternehmerziele, S. 72 ff.; Kunt, op.cit., S. 109 f.
 - 3) Vgl. hierzu Maasberg, op.cit., S. 64 ff. Prestigefragen treten für Apotheker insbesondere dann auf, wenn Vergleiche zu Ärzten angestellt werden (vgl. hierzu ibid., S. 130 ff.). Im Urteil der Bevölkerung nimmt der Apotheker einen der vordersten Ränge im gesellschaftlichen Ansehen ein (vgl. ibid., S. 151 ff.).
 - 4) Vgl. Heinen: Zielsystem, S. 79; Schmidt-Sudhoff, op.cit., S. 54.
 - 5) Wächter nennt den Umsatz als wichtigstes Beurteilungskriterium für die Erreichung von Prestigezielen. Hohe Gewinne oder Einkommen könnten "leicht als ungerechtfertigt angeprangert werden" (Wächter, op.cit., S. 116).
 - 6) Vgl. hierzu Heinemann, op.cit., insbes. S. 153 ff. sowie die Ausführungen auf S. 80 ff. dieser Arbeit.

Insbesondere bei ständischen Unternehmen ist auch das Bestreben existent, den Betrieb in traditionsbewußter Weise fortzuführen und so das Familienerbe zu bewahren. In empirischen Erhebungen tritt dieses Ziel allerdings selten hervor, so daß seine Bedeutung möglicherweise im Abnehmen ist.¹⁾ Apotheker machen hier keine Ausnahme.²⁾ Im übrigen dient die Zielsetzung der traditionellen Betriebserhaltung häufig der Erreichung von Selbständigkeits-, Prestige- und Sicherheitszielen, so daß ihr insoweit nur Unterzielcharakter zukommen dürfte.

C. ZUR HORIZONTALEN STRUKTUR EINES ZIELSYSTEMS IN APOTHEKEN

Die Zielsetzungen von Apothekern als Unternehmer in der Praxis können nicht vollständig aufgelistet werden; denn sie sind von mannigfachen individuellen Faktoren bestimmt. In den bisherigen Ausführungen wurde jedenfalls gezeigt, daß infolge "der Komplexität der menschlichen Motivationsstrukturen und der Berücksichtigung einer Vielzahl von Interessenkreisen bei unternehmerischen Zielentscheidungen .. sich die Zielkonzeption der Unternehmung in der Regel aus einer Mehrzahl von Einzelzielen (Zielelementen) zusammen~~setzt~~³⁾, die gleichzeitig angestrebt werden." Dabei ergeben sich zwischen den Zielelementen auf der gleichen Hierarchiestufe konkurrierende, komplementäre und indifferente Relationen.⁴⁾ Das

1) Das genannte Ziel fehlt z.B. explizit in bekannten Untersuchungen (vgl. Klein-Blenkers: Unternehmerziele, S. 72 ff.; Kirsch/Gabele, op.cit., Sp. 2342 ff.).

2) Als Motiv für die Wahl des Apothekerberufes steht dieses Ziel an letzter Stelle, wurde aber wenigstens teilweise noch genannt (vgl. Maasberg, op.cit., S. 64).

3) Schneider, Dieter J. G., S. 22.

4) Vgl. etwa Heinen: Zielsystem, S. 94 ff.; Kirsch/Gabele, op.cit., Sp. 2339.

Erkennen sowie die Kontrolle von Zielverhältnissen ist für eine Unternehmung von zentraler Bedeutung, wenn die Ziele als eindeutige, widerspruchsfreie Maßstäbe für das betriebliche Handeln dienen sollen.¹⁾ Daher will der folgende Abschnitt Beispiele für mögliche Beziehungen zwischen den bisher genannten Zielsetzungen aufzeigen und heuristische Faustregeln erarbeiten, die dazu dienen können, Ziele bestmöglich aufeinander abzustimmen.

"Zwei Ziele verhalten sich zueinander indifferent oder neutral, wenn die Erfüllung eines Zieles (Z_1) auf die Erfüllung des anderen (Z_2) keinen Einfluß ausübt."²⁾ Um Maßstäbe für absatzpolitisches Handeln zu gewinnen, ist eine nähere Untersuchung neutraler Zielbeziehungen nicht relevant; denn in einer umfassenden Zielkonzeption wird kaum ein Ziel existieren, das nicht zu anderen Zielen irgendwelche komplementären oder konkurrierenden Verbindungen aufweist.³⁾

"Zwei Ziele stehen miteinander in komplementärer Beziehung, wenn durch die Erfüllung eines Zieles (Z_1) auch die Erfüllung des anderen Zieles (Z_2) gesteigert wird."⁴⁾ Besondere Probleme für die Zielformulierung bestehen bei sich ergänzenden Verhältnissen für die Unternehmensleitung nicht.⁵⁾ Im folgenden sollen daher nur wenige Beispiele diese Relation verdeutlichen, insbesondere auch solche, die geeignet sind, Fehltritte über die genannten Tatbestände abzubauen.

So können sich etwa Leistungsziele und Erwerbsziele komplementär zueinander verhalten, wenn durch einen erhöhten Standard der Leistungserbringung der Umsatz in einem derartigen Ausmaß

1) Vgl. hierzu z.B. Raffée: Grundprobleme, S. 124 f. In der Praxis müssen die wesentlichen Interaktionen schon bei der Formulierung einzelner Ziele berücksichtigt werden (vgl. Lamperstorfer, op.cit., S. 124).

2) Heinen: Zielsystem, S. 95 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

3) Vgl. Berthel, op.cit., S. 72; Heinen: Zielsystem, S. 95.

4) Heinen: Zielsystem, S. 94 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

5) Vgl. auch Schmidt-Sudhoff, op.cit., S. 120.

mitzieht, daß die mit ersterem verbundenen Kostensteigerungen durch Umsatzerlöse überkompensiert werden.¹⁾ Dies gilt längerfristig auch für Bemühungen, durch ein qualitativ und quantitativ hochwertiges Leistungsangebot Stammkunden zu gewinnen und/oder die Kundenfrequenz zu erhöhen, wenngleich der Erfolg dieser Vorgehensweise oft erst in späteren Perioden meßbar wird. - In hohem Maße ergänzen sich auch das Streben nach gesellschaftlichem Ansehen und Darbietungsziele. Die Meinung der Bevölkerung über den Beruf des Apothekers ist letztendlich Ergebnis seiner unternehmerischen Tätigkeit und damit der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Der jeweilige Standard dieser Leistungen vermag auf ein Prestigeurteil über einen Apotheker wesentlichen Einfluß auszuüben.²⁾ - Eine wichtige komplementäre Beziehung existiert auch zwischen Darbietungs- und Unabhängigkeitszielen. Bei der Besprechung der letzteren wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Erhaltung der unternehmerischen Selbständigkeit es dem Apotheker ermöglichen soll, bei der Erbringung gesundheitlicher Leistungen fachliche Gesichtspunkte vor wirtschaftliche zu stellen und auf diese Weise hohe Standards von Sach- und Dienstleistungen zu garantieren.

"Das Verhältnis zwischen zwei Zielen ist konkurrierend, wenn die Erfüllung eines Zieles (Z_1) zu einer Minderung des Erfüllungsgrades des anderen Zieles (Z_2) führt."³⁾ Diese Relation wird im Mittelpunkt einer Analyse des Zielsystems von Apotheken stehen müssen; denn bei vorliegender Zielkonkurrenz treten Konflikte auf, die gelöst werden müssen, wenn Ziele entscheidungsdeterminierende Wirkung beim Einsatz von prak-

1) Diese Möglichkeit erwähnt auch Hauschildt, der ansonsten Leistungs- und Gewinnziele in einem Konkurrenzverhältnis zueinander sieht (vgl. Hauschildt: Absatzpolitik, S. 64).

2) Auch Bidlingmaier ist der Meinung, daß die Einhaltung von Handlungsmaximen, die von einer öffentlichen (Gruppen)meinung gesetzt worden sind, zu sozialem Prestige verhilft (vgl. Bidlingmaier: Unternehmerziele, S. 124).

3) Heinen: Zielsystem, S. 95 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

tischen Handlungsprinzipien der Absatzpolitik haben sollen.

Im folgenden sollen solche Konflikte exemplarisch verdeutlicht werden: So existieren allgemein konkurrierende Beziehungen zwischen Sicherungszielen einerseits und Darbietungs- sowie Erwerbszielen andererseits. Finanzwirtschaftliche Sicherungsziele fordern nämlich die Vorhaltung von Liquiditätsreserven, leistungswirtschaftliche Sicherungsziele eine solche von Sach- und Dienstleistungskapazitäten. Im ersten Fall wird Kapital einer eventuell gewinnbringenderen Einsatzmöglichkeit entzogen. Im zweiten Fall kommt es zu Aufwendungen, denen nur selten zusätzliche Erträge gegenüberstehen. In beiden Fällen führen Sicherheitsüberlegungen wegen der im allgemeinen begrenzten finanziellen Mittel möglicherweise zu einer dauernden Schlechtererfüllung von Leistungszielen, wenn die Vorsorge eine (kostspielige) Erhöhung von Leistungsstandards verhindert.¹⁾

Sicherungsziele auf der einen Seite und Erwerbs- sowie Darbietungsziele andererseits können aufeinander abgestimmt werden, indem ein bestimmter Standard der Sicherung festgelegt wird,²⁾ der in das Zielsystem als explizite Nebenbedingung eingeht.³⁾ Dabei muß gewährleistet sein, daß dieser Sicherungsstandard bei sich ändernden Umweltbedingungen den jeweiligen Gegebenheiten angepaßt werden kann.

Zwischen Erwerbs- und Darbietungszielen bestehen einerseits dann Konkurrenzbeziehungen, wenn Leistungsansprüche Aufwendungen verursachen, denen keine mindestens gleich großen Erträge gegenüberstehen.⁴⁾ Dies gilt beispielsweise bei inten-

1) Vgl. auch Oettle: Betriebsführung im Krankenhaus, S. 42.

2) Dieser Standard kann je nach Risikoneigung unterschiedlich bemessen sein. In einzelnen Teilbereichen, wie z.B. bei der Lagerhaltung, existieren für Apotheken Mindestvorschriften für leistungswirtschaftliche Sicherungsziele.

3) Vgl. hierzu etwa Heinen: Zielfunktion, S. 45.

4) Vgl. hierzu Hauschildt: Absatzpolitik, S. 62 f.

siver fachlicher Beratung, wenn diese weder den durchschnittlichen Einkaufsbetrag je Kunde noch die Kundenfrequenz erhöht. Offensichtlich ist der genannte Konflikt auch bei der Definition der Lieferbereitschaft, für deren Niveau Grenzen existieren, bei deren Überschreitung überproportionale Kostensteigerungen auftreten.¹⁾ - In einem konkurrierenden Verhältnis stehen Erwerbs- und Darbietungsziele andererseits dann, wenn letztere Ertragsverzicht fordern. Dies trifft vor allem auf Beeinflussungs- und Reglementierungsziele zu, wenn sie eine Kontraktion des Arzneimittelskonsums bzw. direkt ein Verbot der Abgabe bestimmter Medikamente zum Inhalt haben.

Grundsätzliche Zielkonflikte bestehen auch zwischen Unabhängigkeits- und Erwerbszielen, wenn erstere kostensparende Bindungen an Lieferanten und Kapitalgeber verbieten oder Vereinbarungen mit Ärzten über die Zuführung von Patienten untersagen. Der Apotheker verliert durch die Verfolgung von Unabhängigkeitszielen wirtschaftliche Chancen im Bereich des Arzneimittelsortiments, so z.B. die Möglichkeit, durch die Ausnutzung von Spezialisierungsdegressionen der Kosten auf einzelnen Indikationsgebieten höhere Gewinne zu erzielen. Auch Belastungsziele, denen zufolge Apotheken etwa Angehörigen gesetzlicher Krankenversicherungen nur die Rezeptgebühr berechnen dürfen und somit den Krankenkassen Kredite (und Rabatte) einräumen müssen, kollidieren vor allem mit Erwerbszielen.²⁾ Sie stehen zudem mit finanzwirtschaftlichen Sicherungszielen in Konkurrenz, da sie eine erhebliche Anspannung der Liquidität bedingen.

Die genannten Beispiele mögen genügen, um die Vielzahl möglicher Konflikte in der Zielkonzeption von Apotheken zu ver-

1) Vgl. hierzu etwa Pfohl, Hans-Christian: Marketing-Logistik, Mainz 1972, S. 162 f.

2) Den Apotheken steht nämlich keineswegs die Möglichkeit offen, für die Einräumung der genannten Kredite Zinsen zu berechnen. Sie müssen den Krankenkassen im Gegenteil einen Rabatt von derzeit 5 % einräumen.

deutlichen. Im Einzelfall vermag der Apotheker durchaus auch andersartige und/oder zusätzliche Konflikte zu empfinden.¹⁾ Eine vollständige Auflistung aller konkurrierenden Beziehungen in Zielsystemen ist an dieser Stelle zur Erreichung des Untersuchungszweckes weder notwendig noch überhaupt möglich; denn ein solcher Arbeitsschritt würde eine exakte Rangordnung aller Einzelziele voraussetzen, die aber nur jeder Unternehmer für sich allein durchführen kann.

Patentrezepte für eine Lösung der aufgezeigten Konflikte kann die Betriebswirtschaftslehre nicht zur Verfügung stellen, wenngleich mit verschiedenen Modellen manchmal der Anspruch erhoben wird, zu einer optimalen Lösung hinzuführen.²⁾ Konfliktäre Beziehungen zwischen Zielen können letztlich nur im praktischen Einzelfall durch Aufstellung von Zielpräferenzen bewertet werden.³⁾ Dabei kann man einer Lösung durch "Handhabung von Konflikten" näherkommen.⁴⁾ So ist es möglich, die einzelnen Ziele simultan zu einem multi-variablen System zu verbinden.⁵⁾ "Dabei wirkt sich bei einem graduell erreichbaren Ziel die Berücksichtigung konkurrierender Ziele in einer Senkung des Anspruchsniveaus aus, da die maximale Erreichung zugunsten eines anderen reduziert werden muß."⁶⁾ Lösungen können also nur in Kompromissen bestehen, die durch tendenzielle Abwägungen einzelner Alternativen gefunden werden.⁷⁾ Wichtige Voraussetzung hierfür ist allerdings - wie

1) "Deren Feststellung ist 'eine reine Faktenfrage'" (Berthel, op.cit., S. 72).

2) Vgl. hierzu z.B. Kupsch, op.cit., S. 52 ff.

3) Vgl. etwa Marr, Rainer/Picot, Arnold: Absatzwirtschaft. In: Heinen, Edmund (Hrsg.): Industriebetriebslehre, 6. Aufl., Wiesbaden 1978, S. 497.

4) Vgl. zu diesem Begriff ausführlich Kupsch, Peter Uwe/ Marr, Rainer: Personalwirtschaft. In: Heinen, Edmund (Hrsg.): Industriebetriebslehre, 6. Aufl., Wiesbaden 1978, S. 638 ff.

5) Vgl. hierzu Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 140; Bidlingmaier: Zielkonflikte, S. 137.

6) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 140; vgl. auch Hauschildt: Absatzpolitik, S. 65 ff.; Bidlingmaier: Zielkonflikte, S. 137.

7) Zur Lösung von Zielkonflikten durch Kompromisse vgl. auch Heinen: Zielsystem, S. 142 ff.; Bidlingmaier: Zielkonflikte, S. 139 ff.

vorgenommen - Transparenz in den möglichen Beziehungen zwischen einzelnen Zielen zu schaffen.

Relativ unproblematisch gestaltet sich die Lösung von Zielkonflikten dort, wo der Staat operational formulierte Zielauflagen (wie z.B. weitgehend bei Belastungszielen) vorgibt. Mit solchen Zielen konkurrierende Bestrebungen haben hinter den staatlichen Auftrag zurückzutreten, will der Betrieb nicht Gefahr laufen, negativen rechtlichen Sanktionen ausgesetzt zu werden. Beläßt der Staat Handlungsspielräume, so sind diese durch eigenverantwortliches Handeln im Sinne ethisch-gesundheitlicher Einstellungen auszufüllen. Hierfür können jedoch keine in jedem Einzelfall gültigen operationalen Maßstäbe vorgegeben werden. Im folgenden sollen teilmarktspezifisch differenzierte Rangordnungen von Zielen als Richtlinien erwähnt werden, an denen sich der Apotheker bei der Lösung konkreter Zielkonkurrenzen orientieren kann.¹⁾

Auf "ethisch-pharmazeutischen" Märkten dominieren Darbietungsziele in Form von Leistungs-, Lenkungs- und Belastungszielen. Wenngleich diese nicht in jedem Falle in Konkurrenz zu Erwerbszielen stehen müssen, hat sich das Umsatzstreben hier aus gesundheitspolitischen Gründen auf die Erringung von Marktanteilen, d.h. auf die Partizipation an "medizinisch notwendigen" Bedarfen zu beschränken.

Ähnliche Aussagen müssen für "populär-pharmazeutische" Märkte, die apothekenpflichtige und freiverkäufliche Arzneimittel umfassen, gemacht werden. Da die Nachfrage hier jedoch nur geringfügig fremdbestimmt ist, nimmt der komplementäre Charakter zwischen Leistungszielen, vor allem in Form von Dienstleistungszielen einerseits und Umsatzzielen (insbesondere Marktanteils- und kundenpolitischen Zielen) sowie Zielen des gesellschaftlichen Ansehens andererseits zu. Die Erbringung hoher Leistungsqualitäten hat somit größeren Einfluß auf

1) Zur Rangordnung von Zielen vgl. Schmidt: Wirtschaftslehre, S. 137 f.

die Kundennachfrage als bei der durch ärztliche Verschreibungen induzierten Nachfrage nach rezeptpflichtigen Medikamenten.

Erwerbsziele gewinnen vor allem auf den Märkten für apothekenübliche Waren, die keine Arzneimittel sind, besondere Bedeutung. Hier existieren insgesamt weniger staatliche Auflagen; Kontraktionsziele in bezug auf Bedarf und Nachfrage können nicht unterstellt werden. Beachtet werden muß allerdings die Gefahr, daß durch eine Betonung dieses Sortimentsanteils Kapazitäten so stark gebunden werden, daß die Erfüllung von Leistungszielen auf den anderen Teilmärkten leidet. Werden zuerst Leistungsstandards gesetzt und anschließend Formalziele im Ergänzungssortiment auf ihrer Grundlage konkretisiert, so kann dieses Risiko ausgeschaltet oder zumindest sehr gering gehalten werden.

Viertes Kapitel

APOTHEKENSPEZIFISCHE HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN IN EINZELNEN AKTIONSBEREICHEN DER ABSATZPOLITIK

"In einer gegebenen Situation steht jeder Unternehmung eine mehr oder weniger große Zahl marktbeeinflussender Variablen offen, zwischen denen sie wählen kann."¹⁾ Um diese Aktionsvariablen in eine systematische und praktikable Ordnung zu bringen, sind in der Literatur verschiedene Konzepte entwickelt worden.²⁾

Speziell auf den Einzelhandel bezogen, gliedert etwa Hansen die möglichen Handlungsvariablen in die Aktionsbereiche Standortpolitik, Sortimentspolitik, Produktgestaltung, Verkaufsorganisation, Kundenservice, Preispolitik, Absatzfinanzierung und Werbung ein.³⁾ Mielenhausen schlägt vor, das konsumentengerichtete Aktionskonzept von Einzelhandelsbetrieben in die Bereiche Sortiments- und Produktgestaltung, Preisgestaltung, Absatzfinanzierung, Werbung, Standortpolitik, Physische Warenpräsentation, Verkaufsmethode und Kundenservice zu differenzieren.⁴⁾

Unter Berücksichtigung von Erfordernissen, welche die Eigenarten von Einzelhandelsbetrieben im allgemeinen und von Apotheken im besonderen an absatzwirtschaftliches Handeln stellen, werden in der vorliegenden Arbeit folgende Aktionsbereiche unterschieden:

- Standortpolitik,
- Sortimentspolitik,
- Produktgestaltung,
- Preis- und Kreditpolitik,
- Angebotsorganisation,
- Werbung.

1) Meffert: Marketing, S. 80.

2) Vgl. hierzu allgemein die auf Industrieunternehmen ausgerichteten Ansätze von Gutenberg: Der Absatz, S. 7 ff.; Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 13; Meffert: Marketing, S. 82 ff.; Bidlingmaier: Marketing 1, S. 155; Petermann: Absatzwirtschaft, S. 28; Leitherer: Betriebliche Marktlehre I, S. 101; Kotler: Marketing-Management, S. 413; Tietz: Marketing, S. 226 ff.

3) Vgl. Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 147 ff.

4) Vgl. Mielenhausen, op.cit., S. 32 ff.

Die genannte Einteilung soll nicht zuletzt einen Kompromiß darstellen zwischen der Forderung, ein möglichst in sich geschlossenes und überschneidungsfreies System zu erarbeiten, und der Notwendigkeit, sich im Interesse einer leichten Verständlichkeit und einer hohen Praktikabilität eng an Tatbestände der Realität anzulehnen.¹⁾

Auf die Formulierung eines eigenständigen Aktionsbereiches "Servicepolitik" wurde aus Gründen begrifflicher Klarheit und praktischer Zweckmäßigkeit bewußt verzichtet. "Kundenservice bzw. Kundendienst wird im Gegensatz zur selbstständigen Dienstleistung als Nebenleistung interpretiert, die in Verbindung mit einer Grund- oder Hauptleistung erbracht wird" (2). Der Kundenservice umfaßt eine Vielzahl ausgeprägt heterogener Elemente, wie etwa Lieferbereitschaft, Kundenberatung, Montage, Schulung, Wartung, Reparatur, Einräumung von Umtauschrechten, Inzahlungnahme gebrauchter Waren, Kreditgewährung, Garantiegewährung, Warenzustellung, Kundenzeitschriften (3), die erhebliche Überschneidungen zu Instrumenten anderer Aktionsbereiche aufweisen. Daher wurde versucht, diese Maßnahmen, soweit sie für Apotheken von Bedeutung sind, in andere Handlungsbereiche einzuordnen. So können etwa Warenzustellung und Lieferbereitschaft zur Angebotsorganisation gezählt werden. Kundenberatung kann eine eigenständige (Haupt-)Dienstleistung sein. Das Angebot von Kundenzeitschriften gehört zur Werbung, während sich Zahlungsmodalitäten und Kreditgewährung der Preis- und Kreditpolitik zurechnen lassen (4). Demgegenüber sind Instrumente wie Montage, Wartung, Reparatur, Inzahlungnahme gebrauchter Waren, Garantiegewährung etc. für Apotheken im allgemeinen nicht relevant.

"Jede Handlungssituation kennzeichnet sich durch Ziele, Rahmenfaktoren und Aktionselemente."⁵⁾ Durch deren jeweils mögliche Vielfalt ergibt sich eine kaum überschaubare Anzahl von Hand-

-
- 1) Auf eine Begründung für die angegebene Gliederung und auf eine inhaltliche Erläuterung einzelner Sparten wird an dieser Stelle verzichtet. Beides findet sich jeweils bei der Erörterung der Handlungsbereiche.
 - 2) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 313 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen); siehe auch Hammann, Peter: Sekundärleistungspolitik als absatzpolitisches Instrument. In: Neuere Ansätze der Marketingtheorie, Festschrift zum 80. Geburtstag von Otto R. Schnutenhaus, hrsg. v. Peter Hammann, Werner Kroeber-Riel und Carl W. Meyer, Berlin 1974, insbes. S. 141; Theisen, Paul: Kundendienstpolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1155 ff.; Meffert: Marketing, S. 382.
 - 3) Vgl. hierzu etwa Meffert: Marketing, S. 382; Theisen: Kundendienstpolitik, Sp. 1155 f.
 - 4) So teilweise z.B. auch Petermann: Absatzwirtschaft, S. 57.
 - 5) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 152. Aktionselemente sind dabei "Grundeinheiten eines Handlungsfeldes, die instrumentalen Charakter haben" (ibid.; Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

lungsmöglichkeiten in jedem einzelnen Aktionsbereich.¹⁾ Diese Komplexität soll durch die Formulierung von operativen absatzpolitischen Handlungs- bzw. Aktionsprinzipien reduziert werden.²⁾ Solche Handlungsprinzipien sind "mehr oder weniger genau spezifizierte Handlungsempfehlungen mit Normencharakter",³⁾ die auf heuristischen Lösungsansätzen beruhen. Sie zeigen grundsätzlich zulässige und zieladäquate Verhaltensweisen für Apotheker bei der Gestaltung von Aktionsvariablen in einzelnen Sparten der Absatzpolitik auf. Damit sind Aktionsprinzipien keine letztoperationalen Handlungsanweisungen im Sinne von Rezepten zur Lösung empirischer Einzelfälle;⁴⁾ sie können jedoch als Orientierungen und damit als Entscheidungshilfen für den Einsatz konkreter Mittel und für individuelle Maßnahmen in der Praxis herangezogen werden.

Für die verantwortlichen Apothekenleiter sollen zunächst für jeden Aktionsbereich getrennt Handlungsprinzipien erarbeitet werden, die auf eine Erfüllung der Unternehmensziele ausgerichtet sind, auf den jeweiligen marktlichen Lebensbedingungen basieren und die staatspolitisch sowie gesellschaftlich gesetzten Daten berücksichtigen. Verbindungen zwischen Sparten der Absatzpolitik werden dabei nur zum Teil angesprochen, und zwar vor allem dann, wenn Entscheidungen in einzelnen Bereichen Rahmendaten für Handlungsmöglichkeiten in anderen Bereichen setzen. Isoliert entwickelte operative Handlungsprinzipien, die in verschiedensten Verhältnissen zueinander stehen können, führen aber noch nicht zu einer effizienten, einen Aktionsbereich umfassenden Handlungsweise. Hierfür sind sie in jeder Sparte der Absatzpolitik in einer ersten Stufe durch gegenseitige Abstimmung zu

1) Vgl. Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 152 f.; siehe hierzu auch Köhler, Richard: Absatzlehre und Wissenschaftslogik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 57 f.

2) So spricht Koch, op.cit., S. 143 in ähnlicher Weise von Operationsanalytik als einem Teilbereich der betriebswirtschaftlichen Handlungsanalytik. Vgl. hierzu auch Ulrich, Peter/Hill, Wilhelm: Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre. In: Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Wirtschaftswissenschaften, hrsg. v. Hans Raffée und Bodo Abel, München 1979, S. 179 f.

3) Fuchs-Wegener, Gertrud: Management-Prinzipien und -Techniken. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 2, Stuttgart 1975, Sp. 257f., die mit dieser Definition Management-Prinzipien allgemein kennzeichnet.

4) Vgl. Leitherer: Absatzlehre, S. 17 ff.; Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 152 f.

zieladäquaten und marktreaktionsorientierten Instrumentalstrategien zu kombinieren.¹⁾ Insgesamt müssen sie in einer zweiten Stufe zu ebensolchen Gesamtstrategien der Absatzpolitik (Marketing-Mix) verknüpft werden,²⁾ wobei der Entwurf eines integrierten absatzpolitischen Konzeptes für je verschiedene Typen von Apotheken "simultane Prinzipienkombinationen unter den Aktionsbereichen voraussetzt."³⁾ Dabei besteht eine Strategie, "allgemein ausgedrückt, in Entscheidungen für Leitprogramme des Handelns."⁴⁾ Im absatzwirtschaftlichen Bereich stellen Handlungsstrategien (Marketing-Strategien) grundsätzliche Vorgehensweisen bei der Festlegung des Niveaus, der Kombination und der Allokation absatzpolitischer Anstrengungen im Rahmen eines gewissen Umfeldes und bestimmter Zeiträume dar.⁵⁾

Eine derartige Vorgehensweise ist schon allein deshalb notwendig, weil innerhalb der Apothekerschaft weitgehende Unsicherheit über rechtliche und soziale Grenzen absatzwirtschaftlichen Handelns⁶⁾ sowie Unkenntnis über den Zusammenhang zwischen dem Einsatz marktlicher Instrumente und absatzwirtschaftlichen Erfolgen bestehen. Außerdem ist eine Kombination von operativen Handlungsprinzipien zu einer effizienten, spartenbezogenen Aktionsstra-

1) So werden z.B. im Bereich der Preispolitik operative Prinzipien der Preisstellungsmethode und der Preisfindung durch Orientierung an den Handlungskosten, am Verhalten von Konkurrenten, an psychischen Preiswirkungen bei Konsumenten etc. im Rahmen einer imagekonformen gegenseitigen Abstimmung zu einer zieladäquaten Preisstrategie kombiniert (vgl. hierzu ähnlich Hesse, Jürgen: Marketingziel- und Marketingstrategieentscheidungsprozeß. In: Meyer/Hermanns (Hrsg.), op.cit., S. 110).

2) Vgl. zu diesem Aufbauzusammenhang auch Hesse, op.cit., S. 109 ff.; siehe auch Kuhlmann, Eberhard: Konsumpolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1071; Bidlingmaier: Marketing 1, S. 157 ff.; Hill: Marketing 2, S. 298 f.; Petermann: Marketing im Handel, S. 489.

3) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 154.

4) Oettle, Karl: Beziehungen zwischen Militärstrategie, Technik und Ökonomie. In: Militär und Ökonomie, hrsg. v. Karl-Ernst Schulz, Göttingen 1977, S. 11 (Hervorhebungen vom Verfasser; R.S.).

5) Vgl. Kotler: Marketing-Management, S. 45.

6) Vgl. etwa o.V.: Reklamestreit unter Apothekern. Werbung und Abholdienst verboten. In: AP, 1. Jg. (1979), Nr. 7, S. 1. Als Indiz hierfür kann auch die erhebliche Zunahme von gerichtlichen Prozessen über die Zulässigkeit apothekenspezifischer Werbung in neuerer Zeit angesehen werden.

ategie genau so wenig möglich wie eine Verknüpfung von Handlungsbereichsstrategien zu einer absatzpolitischen Gesamtstrategie, wenn das Verständnis für die Zulässigkeit, die Zielsetzungen, Anwendungsbedingungen und möglichen Konsequenzen von operativen Prinzipien fehlt. Im übrigen "ist die Wahrscheinlichkeit, die optimale oder doch eine annähernd optimale Marketingstrategie ausfindig zu machen, um so größer, je umfangreicher die Zahl der 'entdeckten' /operativen/ Alternativen ist." ¹⁾

1) Bidlingmaier: Marketing 1, S. 159; vgl. ähnlich auch Hill: Marketing 2, S. 297.

A. STANDORTPOLITIK

1. Die Standortpolitik als ein Aktionsgebiet der Absatzpolitik

"Der Standort stellt die räumliche Basis der Markttätigkeit einer Unternehmung dar."¹⁾²⁾ Die Standortpolitik umfaßt jedoch nicht nur die einmalige Wahl dieser Basis, sondern auch sämtliche laufenden Aktivitäten, die darauf abzielen, Bedingungen, die ein Standort bietet, zu beeinflussen.³⁾ Damit soll die Standortpolitik insbesondere dem Umstand Rechnung tragen, daß sämtliche Faktoren, die einer einmal getroffenen Standortwahl zugrunde gelegen haben, im Zeitablauf zum Teil erheblichen Veränderungen unterliegen können.⁴⁾

Bereits aus der genannten kurzen Definition wird ersichtlich, daß der Standort nicht ausschließlich als geographischer Ort bzw. Punkt aufgefaßt werden soll. Es ist vielmehr seine Umweltbezogenheit zu betonen, die sich "in jenem komplexen Beziehungsgefüge /konkretisiert/, das die räumliche Lage eines Einzelhandelsbetriebes zu seiner wirtschaftlich relevanten Umwelt kennzeichnet."⁵⁾ So gesehen, wird die enge Verbindung des betrieblichen Standortes mit den Märkten des betreffenden Unternehmens deutlich.⁶⁾ Für Apotheken sind hierbei vor allem die Absatzmärkte wichtig, da sie als Einzelhandelsbetriebe ge-

1) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 148 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen); vgl. auch Wurth, op.cit., S. 2; Tietz:Marketing, S. 186.

2) Fragen der innerbetrieblichen Standortwahl bleiben in diesem Abschnitt außer Betracht. Sie werden im Rahmen der Gestaltung des Ladengeschäfts behandelt.

3) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 148; Duncan, Delbert J./Phillips, Charles F.: Retailing - Principles and Methods, 7th ed., Homewood, Ill. 1967, S. 91 f.; siehe auch Nelson, Richard L.: Principles of Retail Location. In: Gist: Perspectives, S. 226.

4) Vgl. Nauer, op.cit., S. 23 f.; Duncan/Phillips, op.cit., S. 91 f.

5) Wotzka, Paul: Standortwahl im Einzelhandel. Standortbestimmung und Standortanpassung großstädtischer Einzelhandelsbetriebe, Hamburg 1970, S. 82.

6) Vgl. ibid., S. 82.

wissermaßen an der Front zu den Konsumenten stehen und daher ihre Sach- und Dienstleistungen auf die Besonderheiten von Bedarfen, deren Strukturen u.a. von Ort zu Ort unterschiedliche Ausprägungen aufweisen, abstimmen müssen.¹⁾ Wegen dieser grundsätzlichen Absatzorientierung von Einzelhandelsbetrieben (genauer: von Ladeneinzelhandlungen) im allgemeinen²⁾ und Apotheken im besonderen, die eine (absatzwirtschaftliche) öffentliche Versorgungsaufgabe zu erfüllen haben, erscheint eine Einordnung der Standortpolitik in die Absatzpolitik in der vorliegenden Arbeit gerechtfertigt und notwendig.^{3) 4)}

Das zentrale Problem der Standortpolitik besteht darin, Bedingungen, die mögliche Standorte bieten,⁵⁾ betrieblichen Anforderungen an einen Standort bestmöglich anzupassen. Dieses Problem kann einmal dadurch gelöst werden, daß ein (neuer) Standort gefunden wird, dessen faktische Gegebenheiten den Ansprüchen des Unternehmens in einem hohen Maße entsprechen (Standortwahl). Alternativ hierzu oder zusätzlich kann versucht werden, Standortbedingungen durch unternehmerische Aktivitäten im Hinblick auf die genannte Zielsetzung zu verändern (Standortanpassung).⁶⁾ Dabei lassen sich Standortan-

1) Vgl. allgemein Nauer, op.cit., S. 29.

2) Vgl. auch Behrens, Karl Christian: Der Standort der Handelsbetriebe, Köln und Opladen 1965 (Zitierweise: Standort), S. 1; siehe etwa auch Rieger, op.cit., S. 140, der hier den Begriff "konsumorientiert" wählt.

3) Über die Zurechnung der Standortpolitik zur Absatzpolitik vgl. auch Nauer, op.cit., S. 28.

4) Über die hervorragende Bedeutung der Standortwahl für den Erfolg von Einzelhandelsbetrieben vgl. z.B. Klein-Blenkers, Fritz: Die Ökonomisierung der Distribution, Köln und Opladen 1964 (Zitierweise: Ökonomisierung), S. 176; Behrens: Standort, S. 1 ff.; Wurth, op.cit., S. 1; Duncan/Phillips, op.cit., S. 91.

5) Zur Definition von Standortbedingungen vgl. Wotzka, op.cit., S. 87, der nach dem Kriterium des Gewinns erlösbeeinflussende und kostenbeeinflussende Standortfaktoren unterscheidet.

6) Als grundsätzliche Aktionsmöglichkeit der Standortpolitik wird auch vorgeschlagen, Standortanforderungen an gegebene Bedingungen anzugleichen (so z.B. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 165). Dabei handelt es sich jedoch nicht mehr um Aktivitäten, die dem Handlungsbereich Standortpolitik zugeordnet werden können, sondern um betriebliche Tätigkeiten in anderen Sparten der Absatzpolitik und auf anderen betrieblichen Funktionsgebieten.

forderungen für Apotheken überwiegend aus denjenigen Sach- und Formalzielen ableiten, die sich auf apothekenpflichtige Medikamente richten. Da nämlich dieser Teil des Leistungsprogramms wegen seines hohen Fremdbestimmungsgrades vom Apotheker nur in begrenztem Maße durch eigene Aktivitäten gestaltet werden kann, muß dieser versuchen, solche Standortbedingungen für sein Geschäft zu finden bzw. bestehende Bedingungen dergestalt zu verändern, daß eine in bezug auf die betrieblichen Ziele optimale Erfüllung dieses Programnteils gewährleistet ist.¹⁾ Die so festgelegten Standortfaktoren bilden dann Rahmendaten für absatzpolitische Entscheidungen, die das Leistungsprogramm auf Märkten für freiverkäufliche Arzneimittel und andere apothekenübliche Waren gestalten wollen.²⁾

2. Handlungsrahmen der Standortpolitik

In der Literatur sind umfangreiche Kataloge von Standortfaktoren erarbeitet worden, die standortpolitischen Entscheidungen spezifische Grenzen setzen.³⁾ Für die vorliegende Arbeit erscheint es zweckmäßig, vor allem Bedarfs- und Konkurrenzstrukturen, Verkehrsbedingungen, staatlich gesetzte Regelungen sowie die Einsatzfaktoren Raum und Personal als Daten der Standortpolitik zu unterscheiden.⁴⁾ Hinzu kommen als Rahmen-

1) Vgl. hierzu allgemein Kalussis: Absatzpolitik, S. 39.

2) Eine Determinierung des gesamten Leistungsprogramms einer Apotheke erhöht die Anforderungen an mögliche Standorte und mindert so die Anzahl der Standortalternativen.

3) Vgl. etwa Behrens: Standort, S. 1 ff.; Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 263 ff. sowie Philippi, Hans: Standorteinflüsse im Einzelhandel. In: Distributionswirtschaft, Rudolf Seyffert zum 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln-Opladen 1968, S. 31 f.; Nauer, op.cit., S. 43 ff.; Wotzka, op.cit., S. 85 ff. sowie die hier zitierte Literatur; Wurth, op.cit., insbes. S. 36 ff.

4) Ähnlich etwa auch Tietz, Bruno: Die Grundlagen des Marketing, Band 2: Die Marketing-Politik I und II, München 1975 (Zitierweise: Grundlagen, Bd.2), S. 637 f.

faktoren richtungsweisende betriebliche Entscheidungen, etwa über Betriebsgröße und Leistungsprogramm, sowie betriebsinterne Gegebenheiten, wie z.B. Eigentumsrechte an bestimmten Grundstücken und Gebäuden Traditionsgebundenheiten und Finanzierungsspielräume ¹⁾ Dabei genügt es nicht eine statische Untersuchung der genannten Faktoren durchzuführen. Es müssen vielmehr deren mögliche zukünftige Wandlungen berücksichtigt werden, um die Notwendigkeit von Standortverlegungen zu vermeiden, die i.d.R. erhebliche Investitionen bedingen und eine erneute Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke sowie deren Abnahme durch die zuständige Behörde erfordern. ²⁾ So kann z.B. der Bau eines Ärztehauses, Altersheimes oder privater Wohnungen Anzahl und Struktur der Bedarfsträger erheblich verändern, aber auch die Gefahr fremder Neugründungen erhöhen.

Vernachlässigt werden können die Lieferantenstrukturen; denn sie weisen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland keine signifikanten regionalen Differenzen auf. Zudem werden die Kosten des Wareneinkaufs der Apotheken weitgehend vom Großhandel getragen. Berücksichtigt man jedoch Rabatte die z.B. für die Abnahme großer Mengen eines Präparates gewährt werden, so können sich Vorteile in den Wareneinstandskosten für Betriebe ergeben, die wegen ihres spezifischen Standortes in einzelnen Warengruppen besonders hohe Umsätze tätigen. Diese indirekt über die Leistung erfolgte Kostenbeeinflussung des Standortes ist allerdings schwer zu erfassen. ³⁾

Trotz der Niederlassungsfreiheit unterliegen Apotheken einer Reihe staatlicher Bestimmungen bei der Standortwahl. Diese

-
- 1) Zur Bedeutung persönlicher Präferenzen für die Standortwahl vgl. allgemein Böventer, Edwin von: Zur optimalen Standortpolitik der Einzelunternehmung. In: Gestaltungsprobleme der Weltwirtschaft, Andreas Predöhl zum 70. Geburtstag, hrsg. v. Harald Jürgensen, Göttingen 1964, S. 443 ff
 - 2) Vgl. Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 8; Weihermüller, Michael: Wie findet man den idealen Standort? In: AJ, 3/1979, S. 57.
 - 3) Vgl. Kalussis: Absatzpolitik, S. 40 f

betreffen z.B. den Einsatzfaktor Raum. So muß eine Apotheke zumindest über eine Offizin, ein Laboratorium, zwei Vorratsräume und ein Nachtdienstzimmer verfügen.¹⁾ "Die Grundfläche dieser Betriebsräume muß insgesamt mindestens 110 qm betragen."²⁾ Außerdem ist es Apothekern wegen der Pflicht zur persönlichen Leitung ihres Betriebes untersagt, Filialen zu eröffnen.³⁾ Aktivitäten, die sich auf eine Standortspaltung beziehen, können daher nicht ergriffen werden.

Inwieweit das jeweilige quantitative und qualitative örtliche Raumangebot als Rahmenfaktor der Standortpolitik wirkt, ist offensichtlich,⁴⁾ wenn man etwa an die Knappheit von Geschäftsräumen insbesondere in Zentrumsanlagen von Städten denkt. Weiterhin sind verschieden hohe Mietkosten zu berücksichtigen, die aus unterschiedlichen Qualitäten von Räumen resultieren.⁵⁾ Angesichts der bis jetzt in Großstädten erreichten absoluten Höhe der Geschäftsmieten sind diese als eine der wesentlichsten Rahmenbedingungen anzusehen. Bedeutsame Standortfaktoren stellen außerdem die jeweiligen Verkehrsverhältnisse dar, und zwar insbesondere in ländlichen Gebieten und in Zentren von Großstädten, wo Marktfelder weiträumiger sind als beispielsweise in Vororten von Großstädten oder in städtischen Randsiedlungen.⁶⁾ Die Konsumenten sind bei größeren Entfernungen nämlich in hohem Maße gezwungen, öffentliche und private Verkehrsmittel zur Erreichung von Apotheken zu benutzen. Die Standortgüte ist daher vor allem von der Nähe zu Haltestellen öffentlicher Verkehrsmittel und vom Vorhandensein von Parkmöglichkeiten für Kraftfahrzeuge abhängig.⁷⁾

1) Vgl. § 3, Abs. 1 ApoBo sowie den Kommentar hierzu bei Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 43 ff.

2) § 3, Abs. 1, Satz 2 ApoBo.

3) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 37 dieser Arbeit.

4) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 167.

5) Vgl. ibid., S. 167.

6) Vgl. S. 62 ff. dieser Arbeit.

7) Vgl. hierzu ausführlich Nauer, op.cit., S. 88 ff. Zur Bedeutung des Verkehrs für die Standortwahl von Einzelhandelsbetrieben vgl. auch Wotzka, op.cit., S. 163 ff.

Auch ein regional unterschiedliches Angebot an qualifizierten Arbeitskräften vermag spezifische Bedingungen für Standorte zu setzen. Während dieser Faktor in der standortpolitischen Literatur für Klein- und Mittelbetriebe meist als wenig bedeutsam angesehen wird,¹⁾ sind gerade bei approbierten Apothekern gewisse Angebotsschwerpunkte in Universitätsstädten mit pharmazeutischer Fakultät anzutreffen,²⁾ was insbesondere bei kurzfristigen Vertretungen des Apothekenleiters von Bedeutung sein kann. Dagegen kommt den Personalkosten in Apotheken sicherlich keine wesentliche standortbestimmende Wirkung zu; denn höhere Personalkosten werden u.a. durch höhere Leistungen im wesentlichen kompensiert.³⁾

Für die Untersuchung der leistungs- und ertragswirtschaftlichen Konsequenzen einer Standortwahl und -anpassung ist das standortbedingte Absatzpotential ein zentrales Datum. Zu seiner Bestimmung sind die im jeweiligen Marktfeld herrschenden Bedarfs- und Konkurrenzstrukturen zu ermitteln, genauer: Anzahl, Morbiditätsstruktur und Kaufkraft der Konsumenten sowie eventuell Passantenfrequenzen an bestimmten Standorten, außerdem Zahl und Fachrichtungen ansässiger Ärzte und Kliniken sowie Anzahl und Leistungsprogramme der Wettbewerber.⁴⁾ Angesichts der unterschiedlichen Bedeutung, die einzelne Faktoren für verschiedene Teile des Leistungsprogramms von Apotheken aufweisen, sind zumindest die Absatzpotentiale für rezeptpflichtige Arzneimittel einerseits und für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente und sonstige apothekenübliche Waren andererseits getrennt zu ermitteln. "Zuverlässige Formeln und Gesetzmäßigkeiten für die Berechnung des betriebsindividuellen Marktpotentials bzw. Marktanteiles existieren allerdings nicht."⁵⁾

1) So z.B. Behrens: Standort, S. 60; speziell für Apotheken: Knoll, Peter: Quantifizierung von Standortfaktoren im Einzelhandel, dargestellt am Beispiel der Apotheken der Hansestadt Bremen, und Ableitung eines optimalen Standorts, Bremen 1971, S. 26.

2) Vgl. Hasan-Boehme, Ursula: Personalstruktur in Apotheken. In: Pharm. Ztg., 122.Jg. (1977), S. 565.

3) Vgl. allgemein Nauer, op.cit., S. 125.

4) Teilweise bei Knoll, op.cit., S. 38 ff.

5) Nauer, op.cit., S. 169.

Teilt man das Marktgebiet in verschiedene Zonen auf, die unterschiedliche Prozentsätze an Kundennachfrage erwarten lassen,¹⁾ so kann das Absatzpotential an rezeptpflichtigen Arzneimitteln aus der Anzahl der in den einzelnen Zonen ansässigen Personen, die nicht in Konkurrenzbetrieben einkaufen, der durchschnittlichen Frequenz ihrer Arztkonsultationen und dem durchschnittlichen Verschreibungsbetrag je Rezept näherungsweise ermittelt werden. Das folgende einfache und konstruierte Beispiel verdeutlicht eine derartige Umsatzprognose:²⁾

Zone	Bevölkerung (Anzahl)	Marktanteil in % 3)	Nachfrageabfluß in %				Frequenz der Arztbesuche 4)	Ø DM-Summe pro Rezept 5)	Jahresumsatz in DM
			A	B	C	andere Gebiete			
I	2000	80	10	-	-	10	6	26,50	254400
II	1500	60	20	10	10	10	6	26,50	143100
III	3000	25	25	25	5	20	6	26,50	119250
IV	8000	5	5	10	30	50	6	26,50	63600
Su:	14500								580350

Tabelle 9: Umsatzprognose für eine Apotheke

- 1) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 62 dieser Arbeit.
- 2) Die formale Struktur dieses Beispiels lehnt sich an Nauer, op.cit., S. 170, an.
- 3) Der jeweilige Marktanteil kann letztlich nur geschätzt werden (vgl. auch Kotler: Marketing-Management, S. 608; zu möglichen Schätzverfahren vgl. allgemein Wurth, op.cit., S. 84 ff.). Wesentliche Bestimmungsgrößen bilden die Anzahl der Ärzte verschiedener Fachrichtungen in den jeweiligen Zonen sowie die wirtschaftlichen Entfernungen zwischen Arztpraxen und Apothekenstandort einerseits und zwischen konkurrierenden Apotheken andererseits. Anhaltspunkte für die Umsatzwerte von Konkurrenten können mittels branchenspezifischer Kennziffern z.B. aus der Fläche der Offizin oder der Anzahl der Beschäftigten gewonnen werden (vgl. Weihermüller, op.cit., S. 60).
- 4) Die Angaben über die durchschnittliche Behandlungsfrequenz je Einwohner und Jahr in der Bundesrepublik schwanken zwischen sechs und acht Arztbesuchen (vgl. Nord: Steuerung, S. 179 f.). Da nicht jeder Arztbesuch zu einer Medikamentenverschreibung führen muß, wurde für diese Modellrechnung die niedrigere Ziffer eingesetzt.
- 5) Der Wert der durchschnittlich pro Rezept verordneten Medikamente bezieht sich auf das Jahr 1978 (vgl. Menge: Betriebsvergleich, S. 1701) und kann regional bedingte und konsumentenschichtenspezifische Abweichungen aufweisen.

Zu genaueren Werten kann man gelangen, wenn die Bevölkerung im Marktfeld nach verschiedenen demographischen Merkmalen, wie etwa Alter, Geschlecht, soziale Stellung, gegliedert wird und auf dieser Grundlage sowohl Marktanteile als auch Besuchsfrequenzen bei Ärzten und durchschnittliche Rezeptsummen schichtenspezifisch festgestellt werden.¹⁾ Dasselbe gilt für eine Aufspaltung der Ärzte nach verschiedenen Fachgebieten; denn aus deren Verteilung resultieren unterschiedliche Beträge der durchschnittlichen Arzneimittelverschreibung.²⁾ Die Notwendigkeit einer derartigen differenzierten Analyse besteht vor allem in Regionen, in denen die Struktur der Bedarfsträger stark vom bundesdeutschen Durchschnitt abweicht, wie dies etwa in Kurorten der Fall ist.

Für die Ermittlung des Absatzpotentials auf Märkten für nichtverschreibungspflichtige Medikamente und andere apothekenübliche Waren sind anstelle der Behandlungsfrequenz und der durchschnittlichen Rezeptsumme die durchschnittlichen Ausgaben pro Einwohner bzw. Haushalt und Jahr für die genannten Warengruppen einzusetzen, die in Abhängigkeit von der regionalen Struktur der Bedarfsträger und der Kaufkrafthöhe von Ort zu Ort erheblich schwanken können.³⁾ Außerdem müssen zusätzlich die Marktanteile von Betrieben und Betriebsformen anderer Branchen auf den jeweiligen Warenmärkten berücksichtigt werden.

1) So wurde beispielsweise in einer empirischen Untersuchung in der Stadt Wien festgestellt, daß die Höhe des durchschnittlichen Rezeptbetrages mit einem hohen Rentneranteil in der Bevölkerung positiv korreliert (vgl. Flamm et al., op.cit., S. 60).

2) Vgl. auch Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 39.

3) Im Jahre 1979 lagen die Ausgaben eines privaten Haushaltes z.B. für die Körper- und Gesundheitspflege je Monat zwischen durchschnittlich 46,21 DM bei einem 2-Personen-Haushalt von Rentnern und Sozialhilfeempfängern mit geringem Einkommen, 71,63 DM bei einem 4-Personen-Arbeitnehmerhaushalt mit mittlerem Einkommen des Haushaltsvorstandes und 220,04 DM bei einem 4-Personen-Haushalt von Beamten und Angestellten mit höherem Einkommen (vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1980 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart-Mainz 1980, S. 432 f.).

In Zentrumsanlagen von Städten kommt der jeweiligen Passantenfrequenz besondere Bedeutung für die Erkundung des Absatzpotentials zu. Da sich Marktfelder an solchen Standorten nur sehr schwer abgrenzen lassen,¹⁾ kann die Stärke des Passantenstromes als Indikator für die Höhe des Marktpotentials herangezogen werden.²⁾ Bei ihrer Messung kann teilweise auf statistische Daten in Form von Zählungen durch die statistischen Ämter von Städten zurückgeriffen werden.³⁾ Immerhin hat Knoll für die Apotheken im Zentrum der Hansestadt Bremen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Passantenfrequenz und Umsatzhöhe nachgewiesen.⁴⁾ Demgegenüber glauben Twiehaus und Beckendorff, daß die Dichte des Passantenstromes nicht mit der Höhe des Arzneimittelbedarfs korreliert, sondern von der Struktur der Passanten hinsichtlich ihres aktuellen Medikamentenbedarfs abhängt, "wie er etwa bei einem Publikumsverkehr in der Nähe von Arztpraxen auftritt."⁵⁾

3. Ziele der Standortpolitik

"Der Standort muß dem jeweiligen Betriebszweck förderlich sein."⁶⁾ Als allgemeines standortpolitisches Ziel, das vor allem dem Erwerbstreben untergeordnet ist, läßt sich die Gewinnung bzw. Erhaltung eines "ausreichenden" Absatzpotentials bzw. Marktanteils nennen.⁷⁾ Entscheidungsdeterminierende stand-

1) Es besteht nämlich eine gewisse "lagebedingte Zufälligkeit in der Herkunft der Passanten" (Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 174).

2) Vgl. hierzu Wurth, op.cit., S. 93 ff.

3) So werden Passantenstromdichten für wichtige Geschäftsstraßen teilweise in städtischen Adressbüchern veröffentlicht; zur Ermittlung von Passantenströmen vgl. auch Nauer, op.cit., S. 150 ff.; Knoll, op.cit., S. 41 ff.

4) Vgl. Knoll, op.cit., S. 85 ff.

5) Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 39.

6) Tietz: Marketing, S. 187.

7) Mielenhausen spricht allgemein von dem Ziel, räumliche Kaufwiderstände bei Konsumenten zu überwinden (vgl. Mielenhausen, op.cit., S. 196 ff.).

ortpolitische Richtlinien sind möglicherweise auch mit dem Oberziel der traditionellen Betriebsfortführung verbunden, sofern dieses beispielsweise die Bewahrung des Familienerbes in bestimmten Räumlichkeiten fordert. Im übrigen kann die Standortpolitik direkt im Dienst von Wachstumszielen stehen, wenn sich etwa die Wahl der räumlichen Basis an Chancen orientiert, das Marktpotential zu erweitern,¹⁾ wie dies z.B. auf gebiete mit reger Neubautätigkeit zutrifft.

Der öffentliche Auftrag an die Apotheken fordert von ihrer Standortpolitik, einen Beitrag zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittellversorgung zu leisten.²⁾ Versteht man die Apotheke als das letzte Glied einer Absatzkette, über die Pharmazeutika vom Hersteller zum Verbraucher gelangen, so gewinnt die Standortpolitik besondere Bedeutung in einer Raum-Zeit-Betrachtung des gesamtwirtschaftlichen makrologistischen Systems der Arzneimittellversorgung; denn das Ziel dieses Systems besteht letztlich darin, durch eine "flächendeckende" Verteilung der Letztabgabestellen allen Konsumenten eine quantitativ ausreichende, qualitativ hochwertige und schnellstmögliche Befriedigung von Medikamentenbedarfen zu ermöglichen.³⁾ Eine Zusammenballung mehrerer Ladengeschäfte in eng umgrenzten Marktgebieten vermag zu einer Erfüllung dieser Zielsetzung wenig beizutragen.⁴⁾ Maßstab für die Definition des Bedienungsgebietes muß daher insbesondere die wirtschaftliche Entfernung zu

1) Vgl. hierzu auch Nelson, op.cit., S. 227.

2) Zum Verhältnis zwischen einzelwirtschaftlichen Erwerbszielen und gesamtwirtschaftlichen Versorgungszielen der Standortpolitik allgemein vgl. Bunge, op.cit., S. 51 f.

3) Allgemeiner ausgedrückt, soll die Standortpolitik die zwischenbetriebliche Leistungsfähigkeit (hier: des Arzneimittellversorgungssystems) erhöhen (vgl. zu diesem Ziel: Klein-Blenkers: Ökonomisierung, S. 177 f.).

4) Zudem wird möglicherweise gegen Lenkungsziele verstoßen, wenn die Wettbewerber bei intensiver Konkurrenz im Interesse einer Erhaltung ihrer Unternehmen gezwungen sind, auf einen Mehrverbrauch von Medikamenten in der Bevölkerung hinzuarbeiten.

Konkurrenzbetrieben sein. Exakte Kriterien zur Operationalisierung dieses Zieles existieren bisher allerdings nicht. Grundlage für sie könnte die Aufstellung von Normen sein, die Aussagen über die Zumutbarkeit raum/zeitlicher Aufwendungen von Konsumenten bei der Arzneimittelbeschaffung treffen,¹⁾ wobei beachtet werden muß, daß unterschiedliche Regionalstrukturen und Verkehrsverhältnisse in der Bundesrepublik eine regionale Differenzierung solcher Richtwerte bedingen.²⁾ Würde man solche Kriterien einer Beurteilung der Standortwahl neuer-öffneter Apotheken zugrunde legen, so könnte ihr Beitrag zur regionalen Verbesserung der Arzneimittelversorgung gemessen werden.

4. Operative Handlungsprinzipien der Standortpolitik

Operative Prinzipien von Standortwahl und -anpassung stellen für Apotheker grundsätzliche Aktionsmöglichkeiten dar, die auf heuristischen Ansätzen zur Lösung von Standortproblemen basieren.³⁾ Sie können allerdings keine optimalen Problemlösungen für jeden Einzelfall anbieten, solange sie nicht durch

1) Anhaltspunkte für derartige Normen könnten für Apotheken z.B. aus den Überlegungen über die Errichtung von Rezeptsammelstellen gewonnen werden. Hier wird in verschiedenen Urteilen der Rechtssprechung als grober Richtwert für die Zumutbarkeit von einer Entfernung von ca. 6 km bzw. einer Stunde Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln in ländlichen Regionen ausgegangen (vgl. Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 96). Meyer definiert allgemein sogenannte Versorgungsnahbereiche, innerhalb deren ein Grundbedarf an Gütern gedeckt werden soll. Als Richtwerte für die Erreichbarkeit von Nahbereichszentren nennt er eine Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln von unter einer halben Stunde und einen Maximalradius von 7 bis 9 km (vgl. Meyer, Konrad: Versorgungsnahbereich. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Handwörterbuch der Raumforschung und Raumordnung, 2. Aufl., III, Hannover 1970, Sp. 3585).

2) Vgl. hierzu auch Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 96.

3) Zu heuristischen Ansätzen der Standortbestimmung vgl. allgemein Kuehn, Alfred A./Hamburger, Michael J.: Ein heuristischer Ansatz zur Standortbestimmung von Absatzlagern. In: Marketingentscheidungen, hrsg. v. Peter Weinberg, Gerold Behrens, Klaus P. Kaas, Köln 1974, insbes. S. 291 f.

dessen jeweilige spezifische Bedingungen konkretisiert worden sind.¹⁾

a. Prinzipien der Standortwahl

aa. Konkurrenzevitation

Ein allgemeines Prinzip der Standortwahl für Apotheken ist die Konkurrenzevitation (-meidung).²⁾ Aufgrund der weitgehenden Fremdbestimmung des Sachleistungsprogrammes für rezeptpflichtige Arzneimitteln ist es Apothekern nämlich nur in begrenztem Maße möglich, persönliche Präferenzen bei Kunden in diesem Teil des Sortiments aufzubauen, so daß sich ein bestehendes Absatzpotential auf Betriebe in enger Nachbarschaft (Agglomerationen) aufteilt und nicht etwa durch Anziehung aus anderen Marktgebieten vergrößert.³⁾ Weiterhin vermögen räumlich disperse Standorte die kurzfristigen und dringlichen Bedarfe der Verbraucher an apothekenpflichtigen Pharmazeutika im allgemeinen schneller zu befriedigen als Standortagglomerationen, so daß eine Konkurrenzmeidung auch höhere Erfüllungsgrade staatlich vorgegebener Darbietungsziele gewährleistet.

Es muß darauf hingewiesen werden, daß bei der praktischen Anwendung des Prinzips der Konkurrenzmeidung weniger auf die räumliche Distanz zu Wettbewerbern als vielmehr auf die wirtschaftliche Entfernung - als zeitliche Möglichkeit der Raumüberwindung - abzustellen ist.⁴⁾ Daher sind sowohl die Verkehrsverhältnisse als auch natürliche und gewachsene Barrieren für die

1) Zu verschiedenen quantitativen und qualitativen Standortentscheidungsmodellen, die "optimale" Lösungen anstreben, vgl. Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 641 ff.

2) So nennt auch Hansen in ihrer allgemeinen Untersuchung des Marketing von Einzelhandelsbetrieben Apotheken als extremes Beispiel für die Anwendung des Prinzips der Konkurrenzmeidung (vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 177). Vgl. auch Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 13; Duncan/Phillips, op.cit., S. 105.

3) Zur Bedeutung räumlicher Präferenzen vgl. allgemein Nauer, op.cit., S. 117 f.

4) Vgl. hierzu S. 61 f. dieser Arbeit.

Konsumenten beim Aufsuchen bestimmter Orte, wie etwa Bahndämme, Flußläufe, breite Grünstreifen in der Mitte von Straßen, zu berücksichtigen.¹⁾

ab. Orientierung an Praxisstandorten von Ärzten

Als weiteres allgemein gültiges Prinzip der Standortwahl von Apotheken ist die Orientierung an Standorten von Arztpraxen anzusehen; denn Ärzte sind (bisher) durchschnittlich für über zwei Drittel des Umsatzes von Apotheken nachfragebestimmend. Auf die hohe Bedeutung einer räumlichen Nähe zwischen Arztpraxen und Apotheken wurde bereits eingegangen.²⁾ Dies gilt gleichermaßen für die Nachbarschaft zu Krankenhäusern bzw. Kliniken, sofern diese eine ambulante Patientenversorgung betreiben.³⁾

Gerade bei der Einlösung von Rezepten bestehen für den Apotheker, wie bereits erwähnt, relativ geringe Chancen, persönliche Präferenzen für seinen Betrieb zu erringen, so daß schon von daher i.d.R. räumliche Präferenzen überwiegen. Zudem kann unterstellt werden, daß der Bedarf an Heilmitteln dann im allgemeinen besonders dringlich ist, wenn diese bei einem Arztbesuch verordnet wurden; denn bei den meisten Patienten besteht gegenüber einer Arztkonsultation eine gewisse Hemmschwelle, die erst dann überschritten wird, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit ein bestimmtes Maß übersteigt.⁴⁾ Als besonders günstig für Apotheken bieten sich in diesem Zu-

1) Vgl. auch Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 13; Nauer, op.cit., S. 162; Wurth, op.cit., S. 68.

2) Vgl. S. 61 dieser Arbeit.

3) Erwähnt werden muß auch die Chance, daß Ärzte und teilweise Kliniken - sofern diese keine eigene Apotheke besitzen - ihren Arzneimittelbedarf in wirtschaftlich nahe liegenden Apotheken decken (vgl. Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 11).

4) Vgl. hierzu auch Geissler, Brigitte: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Geissler, Brigitte/Thoma, Peter (Hrsg.): Medizinsoziologie, 2. Aufl., Fankfurt-New York 1979, insbes. S. 230 ff.

sammenhang Standorte in Ärztehäusern an, wobei allerdings die Fachrichtungen der praktizierenden Mediziner berücksichtigt werden müssen. Letztlich werden bei einer Anwendung dieses Prinzips der Standortwahl sowohl Erwerbsziele als auch Darbietungsziele erfüllt, da Patienten die Chance geboten wird, kurzfristige, eng verknüpfte Bedarfe schnellstmöglich zu decken.

Aufgrund der Verbundwirkungen zwischen einzelnen Sortiments- teilen kann durch eine Standortorientierung an Arztpraxen dann auch eine Umsatzsteigerung im Bereich des Gesundheitspflege- sortiments erreicht werden, wenn Zahl und Einkaufsfrequenz der- jenigen Kunden erhöht werden, die gleichzeitig Rezepte einlösen und andere Güter kaufen. Um diesem Ziel nachzukommen, empfiehlt sich bei Anwendung des genannten Standortwahlprinzips eine Be- tonung von impulskaufördernden Maßnahmen in anderen Bereichen der Absatzpolitik.

ac. Orientierung an Kundenwohnsitzen

Das Prinzip, Standorte für ein Ladengeschäft dezentral in Nachbarschaft zu einer hohen Zahl von Kundenwohnsitzen zu wählen, wird insbesondere solchen Einzelhandelsbetrieben em- pfohlen, die "ein Sortiment führen, das vor allem [monetär] geringwertige Güter des allgemeinen täglichen Bedarfs ent- hält, die sich zusätzlich durch eine hohe Einkaufsfrequenz bei geringen Einkaufsmengen und -werten je Einkaufsakt aus- zeichnen."¹⁾ Für Apotheken treffen diese Voraussetzungen nur bis zu einem gewissen Grad zu, da die Nachfragefrequenz bei verschiedenen Konsumentengruppen höchst unterschiedlich ist und der Bedarf an Heilmitteln aperiodisch und zufällig auf- tritt. Eine Orientierung an Kundenwohnsitzen erfordert daher

1) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 171; vgl. hierzu auch Ruppman, op.cit., S. 71 ff.; Philippi, op.cit., S. 35 f.

für Apotheken in besonderem Maße eine hohe Bevölkerungsdichte im engeren Einzugsgebiet oder (zumindest) einen hohen Anteil solcher Haushalte, deren Einkaufsfrequenz überdurchschnittlich ist, wie z.B. Rentnerhaushalte, Familien mit Kleinkindern.¹⁾ Diese Bedingungen sind wegen der zunehmenden Flucht der Bevölkerung aus den Zentren von Ballungsgebieten vor allem in städtischen Randzonen und Vororten von Großstädten anzutreffen.²⁾ U.a. wegen der häufig regen Neubautätigkeit in solchen Gebieten ist hier im allgemeinen auch die Auswahl an Räumlichkeiten wesentlich größer und sind die Mietkosten erheblich geringer als in Stadtzentren.

Bei einer Orientierung an Kundenwohnsitzen wird vor allem auf Stammkundschaft abgezielt. "Daraus folgt als absatzpolitische Konsequenz die Betonung stammkundengeeigneter Maßnahmen."³⁾ Dies ist in den anderen Sparten der Absatzpolitik zu beachten.

ad. Orientierung an Passantenströmen

Das Prinzip einer Orientierung an Passantenströmen zielt darauf ab, Apothekenkunden überwiegend aus den Bedarfsträgern zu gewinnen, die das Geschäft aus verschiedenen Gründen im Vorbeigehen passieren. Im Gegensatz zu Standorten in reinen Wohngebieten kann deshalb eine Standortverlagerung schon um wenige Meter eine Erhöhung des Absatzpotentials erbringen. So wird von Kunden z.B. ein Standort in rückwärtigen Räumen einer Passage oder in einer Nebenstraße möglicherweise überhaupt nicht wahrgenommen. Weiterhin ist die jeweilige Straßenseite für die Standortqualität nicht unerheblich, da viele Straßen sogenannte

1) Die Forderung, Apotheken in Wohngebieten zu errichten (so z.B. Franzen/Nettesheim, op.cit., S.9), erscheint daher zu wenig spezifiziert.

2) Vgl. auch Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 10.

3) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 173.

bevorzugte "Laufseiten" besitzen.¹⁾ Zu achten ist auch auf Möglichkeiten für Fußgänger, Verkehrsstraßen in unmittelbarer Nähe des fraglichen Standortes überqueren zu können.²⁾ Besondere Bedeutung nimmt oft die Nähe zu Haltestellen öffentlicher Verkehrsmittel oder zu Parkhäusern ein, was vor allem für die Innenstädte bundesdeutscher Ballungszentren gilt, die häufig in Fußgängerzonen umgewandelt worden sind.

Das Prinzip der Orientierung an Passantenströmen impliziert eine starke Konzentration auf Gelegenheits- bzw. Laufkunden, "die eine spontane Unternehmenswahl bei Reizkäufen oder Suchkäufen mit Reizelementen vornehmen."³⁾ Hieraus folgt eine Bedeutungszunahme optisch wirksamer Aktivitäten in anderen Bereichen der Absatzpolitik, z.B. der Sortiments- und Ladengestaltung, was nicht zuletzt einer Bedarfsweckung und -lenkung auf apothekenübliche Waren sowie einer Erhöhung der Kundenfrequenz dienen kann. Um die Abhängigkeit von Laufkundschaft, deren Einkaufsgewohnheiten sich aufgrund verkehrsbedingter und städtebaulicher Maßnahmen schnell verändern können, zu verringern, sollte zumindest versucht werden, diejenigen Patienten, die (noch) in Standortnähe wohnen und/oder zum Arzt gehen, mittels stammkundenfördernder Aktionen zu binden.

ae. Orientierung an Absatzagglomerationen und Attraktions-trägern

Das Prinzip der Orientierung an Absatzagglomerationen steht in engem Zusammenhang mit dem Grundsatz der Passantenorientierung; denn durch das Vorhandensein von Attraktionsträgern (vor allem öffentliche und private zentrale Einrichtungen mit Publikumsverkehr) werden Besucherströme ausgelöst, die allerdings teilweise eine homogene qualitative Struktur und perio-

1) Vgl. auch Duncan/Phillips, op.cit., S. 106.

2) Vgl. ibid., S. 106.

3) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 175; vgl. auch Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 11.

disch gleichmäßige Frequenzen besitzen. Soll die absatzfördernde Wirkung der Standortnähe zu Attraktionsträgern ermittelt werden, muß deshalb von den Gegebenheiten des Einzelfalles ausgegangen werden. Dabei wird die Anwendung des genannten Prinzips der Standortwahl um so wichtiger, je größer die Übereinstimmung der Bedarfsstrukturen von Passanten, die die genannten Einrichtungen aufsuchen, und den potentiellen Kunden des fraglichen Ladengeschäftes ist.¹⁾ Für Apotheken dürfte die Nachbarschaft zu solchen Attraktionsträgern von besonderem Interesse sein, die verstärkt Ziel von Rentnern und Müttern mit Kleinkindern (z.B. Kindergärten) sind.²⁾

Eine Standortwahl von Apotheken u.a. nach dem Agglomerationsprinzip darf sich nur an branchenfremden Anbietern von Sach- und Dienstleistungen orientieren. Im Mittelpunkt stehen hier Geschäftszentren, die dem Verbraucher die Inanspruchnahme komplementärer Gesundheitsleistungen in räumlichem Verbund ermöglichen. Dabei kommen für Apotheken neben den schon genannten Arztpraxen vor allem Praxen von Heilpraktikern und Masseuren, event. auch Optikergeschäfte, medizinische Badeanstalten und Kliniken in Frage.³⁾ Wenngleich deren Leistungsangebot Apothekenwaren teilweise auch substituieren kann, vermag ein solches agglomeratives Dienstleistungszentrum sicherlich das individuelle Marktfeld und damit auch Absatzpotential jedes einzelnen Betriebes zu erhöhen.⁴⁾ Ein empirischer Beleg dieser Aussage kann allerdings erst erbracht werden, wenn Erfahrungen mit der Anziehungskraft von "Gesundheitszentren" vorliegen.

1) Vgl. hierzu auch Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 182 f.

2) Zur zentralen Bedeutung dieser beiden Kundengruppen vgl. S. 68 dieser Arbeit.

3) Letztendlich stellt das genannte Prinzip lediglich eine Erweiterung des Orientierungsgrundsatzes an Arztpraxen und eine Spezifizierung des Prinzips der Passantenstromorientierung auf bestimmte bedarfsstrukturell definierte Kundenschichten dar.

4) Vgl. hierzu allgemein auch Bunge, op.cit., S. 53; Behrens: Standort, S. 42 ff.;

b. Prinzipien der Standortanpassung

Handlungsprinzipien der Standortanpassung beziehen sich auf Aktionen, die Bedingungen gegebener Standorte so verändern wollen, daß sie den Anforderungen des jeweiligen Betriebes besser entsprechen.¹⁾ Damit soll die Standortqualität erhöht werden.²⁾ Dabei kann es sich um Maßnahmen handeln, die im Zuge der Wahl eines (neuen) Standortes ergriffen werden, und um solche Aktivitäten, die Faktorausprägungen eines bestehenden Standortes zieladäquater gestalten wollen, weil sich z.B. wichtige Gegebenheiten im Laufe der Zeit negativ geändert haben,³⁾ wie etwa das Absatzpotential durch den Wegzug von Ärzten oder durch eine Verlegung von Linien öffentlicher Verkehrsmittel.

Zu beachten ist, daß eine Reihe von Standortfaktoren existieren, auf deren Ausprägungen der Apotheker i.d.R. keinen Einfluß nehmen kann, wie z.B. die Verkehrsstruktur, Zahl und strukturelle Schichtung der Konsumenten im Marktfeld, gesetzliche Regelungen. Demgegenüber können Apotheken ihr betriebsindividuelles Absatzpotential innerhalb gewisser Grenzen beispielsweise dadurch selbst verändern, daß sie eine Ansiedlung von Heilpraktiker- und Arztpraxen in der Nachbarschaft veranlassen. Im Extremfall stellt der Apotheker möglicherweise sogar im gleichen Haus Räume für Arztpraxen zur Verfügung.⁴⁾ Damit wird der Grundsatz einer Orientierung an Arztpraxen zu einem aktiven Verhaltensprinzip.

1) Demgegenüber zählt Wotzka auch eine Variation von Standortanforderungen zur Standortanpassung (vgl. Wotzka, op.cit., S. 287).

2) Vgl. Klein-Blenkers: Ökonomisierung, S. 177; Ruppmann, Reiner: Die Standortbestimmung für Verkaufsstätten im Einzelhandel, Berlin 1968, S. 134 f.

3) Zu möglichen Änderungen von Standortfaktoren in großstädtischen Wirtschaftsräumen vgl. ausführlich Wotzka, op.cit., S. 163 ff.

4) Tietz spricht hierbei allgemein von einem Instrument der aktiven Standortkooperation (vgl. Tietz: Marketing, S. 187).

Weiterhin können die Verkehrsbedingungen verbessert werden, wenn etwa auf dem Apothekengrundstück oder in dessen Nähe Parkplätze eingerichtet werden.¹⁾ Auch die Standortbedingungen, die mit dem Zustand und der Ausstattung von Gebäuden bzw. Räumen zusammenhängen, können oft individuell gestaltet werden. So vermögen Neu- oder Umbauten die Güte eines Standortes erheblich zu verbessern, wenn sie Bedürfnissen von Kunden entgegenkommen, wie z.B. ebenerdige Eingänge ohne Stufen, Sitzmöglichkeiten, erweiterte Warenangebote und Selbstbedienungsmöglichkeiten bei apothekenüblichen Waren.

Die Bedingungen von Standorten sind auch gemeinsam mit anderen Unternehmen zu verändern.²⁾ Insbesondere bei Standortagglomerationen könnten etwa Maßnahmen zur äußeren Gestaltung von Einkaufszentren ergriffen werden. Die Errichtung von Grünflächen, Parkbänken, Kinderspielplätzen und -horten vermag die Anziehungskraft eines Zentrums zu erhöhen. Schließlich wird möglicherweise durch den Einsatz geeigneter Kommunikationsmittel ein "Standort-Goodwill" geschaffen.³⁾ Außerdem kann bei kooperativem Vorgehen mit größeren Erfolgchancen als bei individuellem versucht werden, auf politische Entscheidungen der jeweiligen Gemeinde, die Standortfaktoren betreffen, betriebszieladäquat einzuwirken.⁴⁾

5. Regionsbezogene Strategien der Standortpolitik

Die in den letzten Abschnitten erarbeiteten operativen Handlungsprinzipien stehen in teilweise komplementärem, teilweise

1) Vgl. allgemein auch Klein-Blenkers: Ökonomisierung, S. 177; Wotzka, op.cit., S. 305 ff.

2) Vgl. hierzu Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 189 f.; Wotzka, op.cit., S. 376 ff.

3) Vgl. Ruppman, op.cit., S. 135 f; zur Bedeutung der Werbung in diesem Zusammenhang allgemein: Wotzka, op.cit., S. 302 ff.

4) Vgl. hierzu auch Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 190.

substitutivem Verhältnis zueinander. Die Grundsätze der Konkurrenzmeidung und der Orientierung an Praxisstandorten von Ärzten können allgemeine Gültigkeit für die Standortwahl von Apotheken beanspruchen. Sie verhalten sich zu den anderen Prinzipien komplementär oder zumindest neutral. Demgegenüber lassen sich die Wohnsitzorientierung, die Orientierungen an Passantenströmen, an Agglomerationen sowie an Attraktionsträgern in gewissen Grenzen substituieren. Zum Teil schließen sich die letztgenannten Prinzipien auch gegenseitig aus. Die Verfolgung von Grundsätzen der Standortanpassung trägt dagegen - in den Grenzen des jeweils gesetzten Möglichkeitsrahmens - immer ergänzenden und unterstützenden Charakter für die zieladäquate Gestaltung von Standorten.

Damit ist die isolierte Anwendung eines der o.a. Handlungsprinzipien in der Praxis ausgeschlossen. Diese sind vielmehr anhand der jeweiligen konkreten Situation in ihrem Stellenwert zu gewichten und auf dieser Grundlage sinnvoll zu regionsbezogenen Strategien zu kombinieren, die zieladäquate und zukunftsbezogene Entscheidungen erlauben. Da die vorliegende Arbeit nicht Einzelfälle untersuchen kann, soll die genannte Forderung anhand von einigen Situationstypen verdeutlicht werden. Grundlage für die Typenbildung stellen dabei verschiedene charakteristische regionale Merkmale in der Bundesrepublik Deutschland dar.¹⁾

In Zentren von Groß- und Mittelstädten kann neben der Konkurrenzevitation und der Orientierung an Standorten von Arztpraxen die Orientierung an Passantenströmen als primäres Prinzip der Standortwahl angesehen werden. Dies wurde bereits ausführlich begründet.²⁾ Dabei müssen zukünftige verkehrsstrukturelle, städtebauliche und attraktionsverändernde Maßnahmen von öffentlichen und privaten Institutionen beachtet werden, soweit sie absehbar sind.

1) Vgl. hierzu etwa die Bildung von Typen der Geschäftslage bei Philippi, op.cit., S. 33.

2) Vgl. S. 153 dieser Arbeit.

Außenbezirke von Großstädten können ebenfalls Verdichtungspunkte (wie z.B. Einkaufszentren) aufweisen. Existiert ein solches Subzentrum, so gilt für die Standortpolitik das gleiche, was eben für Citylagen angeführt wurde. Auch in großstädtischen Streulagen ohne nennenswerte Agglomerationen darf neben einer Nachbarschaft zu Wohnsitzen der Passantenstrom nicht außer acht gelassen werden, um Einkaufsgewohnheiten von Konsumenten zu entsprechen. Hier können vor allem Anpassungsmaßnahmen, die sich auf Verkehrsbedingungen richten, die Standortqualität verbessern; denn sie sind geeignet, auch Konsumenten, die nicht in unmittelbarer Nachbarschaft wohnen und/oder einen Arzt konsultieren, einen Anreiz zu bieten, Einkaufsstätten in solchen Lagen einem Subzentrum oder der Innenstadt vorzuziehen. Dies trifft in ähnlicher Weise auf städtische Randsiedlungen zu, die außerdem möglichst steigende Absatzpotentiale aufweisen sollten.

In Kleinstädten und ländlichen Gemeinden muß neben der Wohnsitzorientierung die Berücksichtigung der jeweiligen Verkehrsverhältnisse und deren künftige Wandlungen zu einem primären Prinzip der Standortpolitik werden, da ein Großteil der Kunden hier auf die Benutzung von Verkehrsmitteln angewiesen ist; es sei denn, das Absatzpotential des unmittelbaren Umfeldes in der jeweiligen Gemeinde bildet schon allein eine tragfähige Basis für den Betrieb einer Apotheke.

B. SORTIMENTSPOLITIK

1. Grundlagen der Sortimentspolitik

"Das Sortiment eines Betriebes umfaßt alle Waren, die Gegenstand seiner wirtschaftlichen Betätigung sind."¹⁾ Damit bezieht sich die Sortimentspolitik auf Entscheidungen über "die art- und mengenmäßige Zusammensetzung des Absatzprogramms."²⁾ Diese beiden Definitionen von grundsätzlicher Gültigkeit sind für die vorliegende Arbeit allerdings zu allgemein und daher zweckmäßig einzugrenzen. So erstrecken sich die genannten Begriffe in enger Abgrenzung hier ausschließlich auf Sachgüter, die nach Bezug vom Großhandel und Hersteller in der Regel unverändert zur Weiterveräußerung an Konsumenten gelangen.³⁾ Fragen selbsterzeugter Spezialitäten und eigenständiger Dienstleistungen werden wegen ihrer Besonderheiten bei Apotheken in dem eigenständigen Aktionsbereich Produktgestaltung abgehandelt. Im übrigen soll sich die Sortimentspolitik nur mit der Auswahl und Kombination von Produkten befassen; Probleme der Vorrätigkeit von Art und Menge eines Produktes sind dem Bereich der Lagerhaltung und damit der Betriebsbereitschaftspolitik zuzuordnen.⁴⁾

"Sortimentspolitische Entscheidungen sind nur zu erklären aus dem Zusammenwirken der betrieblichen Kapazitäten und aller absatzpolitischen Instrumente eines Anbieters einerseits und allen Umweltfaktoren (Verhalten der Nachfrager, Konkurrenzverhalten und Verhalten der übrigen Umwelt) andererseits."⁵⁾ Sie sind

1) Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 65 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen); vgl. auch Kalussis: Betriebslehre, S. 87.

2) Meffert Heribert: Instrumente, absatzpolitische. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 890 f. (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

3) So auch ähnlich Tietz: Marketing, S. 236.

4) Vgl. zu dieser Abgrenzung auch Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 194, (die allerdings Fragen der Lagerhaltung aus ihren Überlegungen ausklammert). Anders z.B. Hauzeneder, Rainer. Der Sortimentsverbund im Einzelhandel, Diss. München 1975, S. 60 ff.

5) Gümber, Rudolf: Sortimentspolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1884.

daher von außerordentlich komplexer Natur. Deshalb können dem einzelnen Apotheker keine Rezepte gegeben werden, "welche Waren in seinem besonderen Falle Aufnahme in das Sortiment finden müßten";¹⁾ denn hierzu wären alle Bedingungen des jeweiligen Einzelfalles aufzulisten. Es wurde daher versucht, in Form von operativen Handlungsprinzipien Anhaltspunkte (Orientierungen) aufzuzeigen, durch deren Befolgung die Komplexität sortimentspolitischer Entscheidungen reduziert wird.

Die Sortimentspolitik nimmt im Rahmen der absatzpolitischen Instrumente von Einzelhandelsbetrieben eine Sonderstellung ein.²⁾ Sie vermag es in hohem Maße, beim Publikum betriebspezifische Präferenzen aufzubauen; denn der Einzelhändler hat mit ihrer Hilfe "die Möglichkeit, ein individuelles und nur unvollkommen mit der Konkurrenz vergleichbares Sortiment zu schaffen".³⁾ Durch Verzicht auf aktive Sortimentspolitik wird der Betrieb "zur einfachen Verteilungsinstitution".⁴⁾

Die Struktur eines Handelssortiments soll hier durch die Begriffe Sorte, Artikel, Warenart, Warengattung und Warenbereich gekennzeichnet werden.⁽⁵⁾ Die Sorte stellt "die kleinste und die am genauesten nach Merkmalen spezifizierte Programmeinheit dar"⁽⁶⁾ (z.B. Tranquilizer der Marke X, 10 mg, 20 Tabletten). Durch Zusammenfassung mehrerer Sorten, die sich bei abgepackten Waren in der Menge, in der Größe und/oder in der Farbe, der Musterung, dem Aufdruck voneinander unterscheiden, gelangt man zu einem Artikel⁽⁷⁾ (z.B. Tranquilizer der Marke X). Zweckmäßigerweise wird im

-
- 1) Gümbel, Rudolf: Die Sortimentspolitik in den Betrieben des Wareneinzelhandels, Köln und Opladen 1963 (Zitierweise: Wareneinzelhandel), S. 83 f.
 - 2) Vgl. hierzu etwa Kalussis: Betriebslehre, S. 87; Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 194 f.; siehe auch Buddeberg, Hans: Betriebslehre des Binnenhandels, Wiesbaden 1959 (Zitierweise: Binnenhandel), S. 28; speziell für Apotheken: Haas, op.cit., S. 1 ff. sowie S. 42 ff.
 - 3) Welzel, op.cit., S. 117. Zur Bedeutung dieses sortimentspolitischen Faktors im Wettbewerb vgl. Villiger, Rudolf: Gedanken zum Marketing im Einzelhandel. In: Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz und Handel an der Hochschule St. Gallen, Heinz Weinhold-Stünzi, Zürich 1978 (Zitierweise: Marketing), S. 333 f.
 - 4) Seyffert, Rudolf: Sortimentspolitik, Sonderheft der Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln 15, Köln und Opladen 1962, S. 11.
 - 5) So auch Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 65 und Hansen: Einzelhandelsmarketing S. 199 ff., die sich an Seyffert anlehnt.
 - 6) Hansen/Leitherer: Produktgestaltung, S. 35; vgl. auch Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 62 ff.; derselbe: Sortimentspolitik, S. 6 f.;
 - 7) Vgl. die unter 5) genannten Quellen.

vorliegenden Fall die Warenart (z.B. Psychopharmaka) durch Kombination gleichartiger Artikel, die Warengattung (z.B. rezeptpflichtige Humanpharmazeutika) durch Vereinigung entsprechender Warenarten, der Warenbereich (z.B. apothekenpflichtige Arzneimittel) durch Verknüpfung von Warengattungen und das Sortiment (z.B. Gesundheitsbedarf) durch Zusammenfassung von Warenbereichen gewonnen.

Das Sortiment von Apotheken ist hinsichtlich seiner Breite durch staatliche Rahmendaten auf diejenigen Warenbereiche festgelegt, welche die bereits genannten Teilmärkte des Apothekenwarenmarktes bilden.¹⁾ Wesentliches Grundprinzip dieser Determinierung ist die Bedarfsverwandtschaft²⁾ der in Apotheken vertriebenen Waren, die sich alle am Bedarfskomplex "Gesundheit" orientieren. Innerhalb einzelner Warenbereiche ergeben sich jedoch eine Reihe unterschiedlicher Überlegungen für eine ziel- und ereignisadäquate Sortimentsgestaltung, so daß sich eine getrennte Untersuchung empfiehlt.³⁾ Die wesentlichen Differenzierungskriterien sind hierbei einerseits die rechtlichen Bestimmungen, die das Warenmonopol der Apotheken festlegen, zum anderen unterschiedliche Zielsetzungen, die mit einzelnen Sortimentsteilen verfolgt werden. Beide Faktoren definieren verschiedene Aktionsfelder für operative Handlungsprinzipien. Nach den genannten Kriterien werden drei Warenbereiche gebildet: die apothekenpflichtigen (rezeptpflichtigen und -freien) Medikamente, die freiverkäuflichen Arzneimittel und die apothekenüblichen Waren, die keine Arzneimittel sind.

Bevor diese Warenbereiche differenziert erörtert werden, ist noch darauf hinzuweisen, daß sich solche sortimentspolitischen Entscheidungen, die gesetzliche Mindeststandards überschreiten, in allen Bereichen an den innerbetrieblichen Möglichkeiten des jeweiligen Unternehmens auszurichten haben. Hierzu gehören vor allem Raum, Personal, Betriebsmittel und das Finanzierungspotential.

1) Vgl. hierzu den ersten Abschnitt des zweiten Kapitels (S. 48 ff.).

2) Vgl. zu diesem Sortimentsbegriff etwa Gutenberg: Der Absatz, S. 537; über die zunehmende Bedeutung dieses Prinzips der Sortimentsbildung vgl. etwa Marzen, op.cit., S. 426 ff.

3) "Um zu zeigen, in welcher Form das Sortiment gestaltet wird, ist es erforderlich, das Gesamtportfolio in Teilsortimente zu zerlegen" (Gümbel: Wareneinzelhandel, S. 51).

2. Sortimentspolitik für apothekenpflichtige Arzneimittel

a. Handlungsfeld

Im Bereich der staatspolitischen Faktoren ist als handlungsbegrenzendes Datum zuerst die konkrete gesetzliche Bestimmung zu nennen, daß die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung notwendigen Arznei- sowie Verbandmittel in einer Menge vorrätig gehalten werden müssen, "die mindestens dem Durchschnittsbedarf einer Woche entspricht."¹⁾ Wenngleich diese Regelung primär die Lagerhaltung und damit die Betriebsbereitschaftspolitik betrifft, bildet sie auch für sortimentspolitische Entscheidungen einen Rahmenfaktor. Die angeführte Vorschrift bezieht sich nämlich nicht allein auf die zu lagern- de Menge einzelner Sorten, sondern auch auf die Anzahl der abzudeckenden Indikationsgebiete und den Umfang des Artikelangebots innerhalb einer Indikation. So nennt eine Anlage zu dem genannten Paragraph 27 Indikationsgebiete, innerhalb deren mindestens ein durchschnittlicher Wochenbedarf an Medikamenten auf Lager genommen werden muß.^{2) 3)} Damit werden zwar keine genauen Aussagen über die Tiefendimension des Sortiments, d.h. die Anzahl verschiedener Artikel (Marken, Generics) je Indikation gemacht; die angeführte Vorschrift wird aber häufig so interpretiert, daß auch die gängigsten Spezialitäten der verschiedenen Hersteller vorhanden sein müssen.⁴⁾

1) § 8, Abs. 1 ApoBo. Vgl. auch den Kommentar hierzu bei Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 69.

2) Vgl. Anlage 2 (zu § 8, Abs. 1, Satz 1 ApoBo), abgedruckt bei Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 126.

3) Die in einer weiteren Anlage aufgezählten Arzneimittel müssen in einer Darreichungsform vorrätig sein, die eine Injektion ermöglicht (vgl. Anlage 3 (zu § 8, Abs. 1, Satz 2 ApoBo), abgedruckt bei ibid., Blatt 127).

4) So z.B. Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 198; vgl. auch o.V.: Torpediert ein Außenseiter den Pharmamarkt? In: AP, 3.Jg. (1981), Nr. 5, S. 26. Selbst bei einer Akzeptanz dieser Forderung ergeben sich erhebliche Auslegungsspielräume; denn die Ausprägung des Terminus "gängigste Sorten" ist stark von den Bedarfsstrukturen im jeweiligen Marktfeld und damit vom Standort abhängig. Eine Pflicht, einzelne umsatzhäufige Markenartikel vorrätig zu halten, formuliert das Gesetz nicht.

Einen weiteren Rahmenfaktor der Sortimentspolitik stellt das bereits ausführlich erörterte Verbot dar, sich vertraglich zu binden, bestimmte Arzneimittel bevorzugt abzugeben oder anzubieten.¹⁾ Außerdem ist die Pflicht zur exakten Belieferung von Verschreibungen ("Aut-simile-Verbot") zu beachten. Bei Rezepturarzneimitteln dürfen andere als die verschriebenen Stoffe und Zubereitungen von Stoffen ohne Zustimmung des verordnenden Arztes nicht verwendet werden.²⁾

Spezielle sortimentspolitische Zielsetzungen gelten vor allem der Erfüllung von Darbietungszielen und leistungswirtschaftlichen Sicherungszielen. "Wirtschaftliche Gesichtspunkte müssen dabei zurückstehen. Die Arzneimittelversorgung muß insbesondere auch bei Naturkatastrophen oder bei einem sonstigen unvorhergesehenen größeren Bedarf gewährleistet sein."³⁾ Als Maßstab für eine Erreichung von Darbietungszielen kann z.B. die Anzahl von Nichtkäufen herangezogen werden, die dadurch zustande kommen, daß ein Kundenwunsch nach einem Artikel nicht erfüllt werden konnte und der Patient keinen Markenwechsel vornehmen wollte oder (bei Rezepten) durfte.⁴⁾

So wird eine Gewinnorientierung bei der Sortimentsgestaltung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln erheblich eingeschränkt. Daher können auch die Deckungsbeiträge oder Lagerumschlagsgeschwindigkeiten einzelner Artikel oder Warenarten nicht als sortimentspolitische Maßstäbe herangezogen werden. Das Ziel einer sortimentspolitischen Bedarfsweckung und -ausweitung würde Lenkungszielen widersprechen.

1) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 37 f. dieser Arbeit.

2) Vgl. § 6, Abs. 3, Satz 2 ApoBO.

3) Amtliche Begründung zu § 8 ApoBO, abgedruckt bei Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 69.

4) Angesichts der vorliegenden Abgrenzung der Aktionsbereiche ist hierbei streng zu trennen zwischen dem Fall, daß das verlangte Präparat nicht im Sortiment geführt wurde, und der Möglichkeit, daß es "ausverkauft" war. Letzteres ist einer Fehlentscheidung im Bereich der Betriebsbereitschaftspolitik zuzuordnen.

b. Operative Handlungsprinzipien

Wenngleich der Apotheker bei der Gestaltung der Breite des apothekenpflichtigen Arzneimittelsortiments in bezug auf Ausprägung und Anzahl verschiedener Warenarten (Indikationen) keinerlei Handlungsspielräume besitzt, muß er doch Entscheidungen im Hinblick auf die Festlegung der Tiefendimension der einzelnen Indikationsgebiete treffen.¹⁾ Hierbei steht ihm als operatives Handlungsprinzip zunächst eine Anpassung an Verschreibungsgewohnheiten von Ärzten zur Verfügung.²⁾ Angesichts der hohen Fremdbestimmung der absatzwirtschaftlichen Funktion auf diesem Teilmarkt empfiehlt es sich für den Apotheker, in einzelnen Indikationsgebieten "Tiefengrade" der Sortimentsdimensionierung festzulegen, deren jeweilige Ausprägungen sich an der bedarfsgebietsspezifischen Anzahl von Ärzten einer Fachrichtung sowie an ihren Gewohnheiten, ein mehr oder weniger breites Spektrum verschiedener Sorten und Artikel zu verordnen, orientieren können.³⁾ Solche Tiefengrade beziehen sich einerseits auf unterschiedliche Marken, andererseits auf verschiedene Stärken, Darreichungsformen und Packungsgrößen einer Spezialität.

Voraussetzung einer zieladäquaten Sortimentspolitik nach dem genannten Prinzip ist allerdings eine empirische Analyse der Verschreibungsgewohnheiten aller im jeweiligen Marktfeld residierenden Ärzte.⁴⁾ Dies gilt gleichermaßen für andere Personen, welche die Heilkunde ausüben. Besondere Bedeutung kann hierbei in Einzelfällen den Verschreibungsgepflogenheiten von Heilpraktikern und von Ärzten, die Naturheilverfahren anwenden,

-
- 1) Es ist daher unrichtig, wenn behauptet wird, Sortimentspolitik bei Arzneimitteln scheide völlig aus (so z.B. Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 86).
 - 2) Über die Struktur der ärztlichen Verschreibung in der Bundesrepublik Deutschland vgl. ausführlich Nord: Arzneimittelkonsum, S. 96 ff.
 - 3) Dabei schwanken die Angaben über die durchschnittlich von einem Arzt verordneten Spezialitäten zwischen 150 und 500 Artikeln (vgl. etwa Möbius, Klaus/Seusing, Ekkehart/Ahnefeld, Adolf: Die Pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland - Struktur und Wettbewerb, Kieler Studien 140, Tübingen 1976, S. 36 f.; pharma daten 80, S. 38; Käufer: Ökonomik, S. 36).
 - 4) Unterstützt werden kann diese Maßnahme durch enge kommunikative Beziehungen zu Ärzten (vgl. hierzu Haas, op.cit., S. 77 f.), die obendrein eine ziel- und ereignisadäquate Vordisposition des Apothekers ermöglichen.

zukommen; denn aufgrund des außerordentlich großen Variationspektrums im Bereich der Homöopathie können Kundenbedürfnisse hier nur dann sofort erfüllt werden, wenn eine hohe, an einzelne Verordnungsgebräuche speziell angepasste Sortimentstiefe vorliegt.

Der sortimentspolitische Entscheidungsspielraum des Apothekers müßte sich bei einer Aufnahme von Generics in das Absatzprogramm erweitern. Aufgrund der chemisch-stofflichen Identität dieser Präparate kann nämlich durch eine Erhöhung der Sortimentstiefe (vor allem in bezug auf die Anzahl verschiedener Marken) keine Verbesserung von Darbietungszielen erreicht werden. Allerdings ist auch bei dieser Entscheidung auf die Verschreibungsgewohnheiten von Ärzten zu achten. Zudem muß im Hinblick auf den zunehmenden Druck der Krankenkassen auf die Ärzteschaft, kostengünstige Medikamente zu verordnen, einerseits damit gerechnet werden, daß in Zukunft nur noch die billigsten Generics zur Anwendung kommen. Zum anderen bestehen bereits Vereinbarungen zwischen Apotheken und Krankenkassen, bei Generics, die ohne Firmenbezeichnung verschrieben werden, das preiswerteste abzugeben.¹⁾ Es existieren derzeit jedoch auch Bestrebungen in der Apothekerschaft, von den Krankenkassen die Genehmigung zu erhalten, bei nicht spezifizierter Verordnung von Generics das Substitutionsverbot aufzuheben und wahlweise jederzeit die entsprechenden Präparate der STADA-AG abzugeben.²⁾

Bei nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die überwiegend im Rahmen der Selbstmedikation nachgefragt werden, muß sich der Apotheker bei der Sortimentsgestaltung vorwiegend an den Bedarfs- bzw. Morbiditätsstrukturen des jeweiligen Marktfeldes orientieren. Dies heißt allerdings nicht, daß eine völlige Anpassung an bestehende Bedarfe erreicht werden muß, "da

1) Vgl. hierzu etwa den Arzneilieferungsvertrag zwischen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. und dem Deutschen Apothekerverein, abgedruckt in einer Beilage des Verbandes freier Deutscher Apotheker e.V. zu Pharmazeutische Rundschau 2/1980, § 5, Ziffer 10.

2) Vgl. zu dieser Firma S. 213 dieser Arbeit.

ein Betrieb auch sortimentspolitische Bedarfslenkung betreiben kann."¹⁾ So ist beispielsweise ein Kunde gerade im Bereich der Selbstmedikation durch gezielte Beratung oft in seiner Nachfrage zu beeinflussen. Eine Bedarfsorientierung ist aber zumindest durch die Festlegung von "Tiefengraden" zu verwirklichen, indem etwa Indikationen, die aufgrund bedarfsstruktureller Besonderheiten, wie z.B. einer Überalterung der Bevölkerung oder einer ausgeprägt ländlichen Struktur, gehäuft vorkommen, durch eine besonders tiefe Sortierung abgedeckt werden. Zu berücksichtigen sind hierbei auch saisonale Spitzennachfragen aufgrund von Krankheitshäufungen, wie z.B. grippale Infekte zu bestimmten Jahreszeiten, Magen-Darmverstimmungen nach allgemeinen Festtagen, Allergien im Frühsommer, Sonnenbrände und Insektenstiche im Sommer und Früherbst.²⁾

Als weiteres entscheidungsbeeinflussendes Handlungsprinzip kann die Orientierung an der pharmakologischen Qualität der einzelnen Artikel genannt werden. Da der Apotheker verpflichtet ist, nur qualitativ einwandfreie Medikamente abzugeben, spielen nämlich seine Erfahrungen mit Wirksamkeit und Nebenwirkungen bestimmter Pharmazeutika bei Patienten eine wichtige Rolle für die Gestaltung des Sortiments an "Selbstmedikationsmitteln".

Nicht zuletzt besteht auch die Möglichkeit, sich bei der Sortimentspolitik an Aktivitäten von Herstellern zu orientieren. So können beispielsweise konditionengünstige Bevorratungsaktionen pharmazeutischer Produzenten oder ihre Werbeanstrengungen die Aufnahme eines Produktes in das Sortiment beeinflussen und darüber hinaus die Tiefendimension eines bestimmten Indikationsgebietes in gewissen Grenzen steuern, wenn eine Artikelreduktion zugunsten des fraglichen Produktes vorgenommen wird. Darbietungsziele fordern allerdings den Vorrang pharmazeutisch-qualitativer Überlegungen vor derartigen wirtschaftlichen Erwägungen.

1) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 221.

2) Zur Abstimmung der Sortimentsgestaltung von Apotheken auf saisonale Schwankungen der Nachfrage siehe auch Haas, op.cit., S. 39.

3. Zur Gestaltung des Sortiments freiverkäuflicher Arzneimittel

a. Handlungsfeld

Auch freiverkäufliche Arzneimittel fallen unter die gesetzliche Arzneimitteldefinition und unterliegen daher einer besonderen Verantwortung des Apothekers gemäß seinem Auftrag zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung.¹⁾ "Die Zulassung dieser Arzneimittel für den Verkehr außerhalb der Apotheken eröffnet dem einzelnen lediglich eine zusätzliche Möglichkeit, sich diese Arzneimittel beschaffen zu können."²⁾ Daher muß der Apotheker auch in diesem Warenbereich das Breitenpektrum der im Gesetz explizit aufgeführten Indikationsgebiete abdecken. Die verbreitet zu beobachtende "kampflose" Überlassung von freiverkäuflichen Arzneimitteln an Drogeriemärkte und Lebensmitteleinzelhändler steht deshalb im Widerspruch zu dem öffentlichen Auftrag an die Apotheke.

Zusätzlich zu den Begrenzungsfaktoren, die bei der Sortimentsgestaltung für apothekenpflichtige Medikamente aufgeführt worden sind, müssen hier die Konkurrenzstrukturen im jeweiligen Marktfeld beachtet werden, die entscheidend für die Frage sind, ob sortimentspolitische Entscheidungen unter dem Gesichtspunkt des Wettbewerbs zu treffen sind. Da freiverkäufliche Arzneimittel nicht unter die Preisspannenverordnung fallen, sondern frei kalkulierbar sind, ist hierbei vor allem die aggressive Preispolitik moderner Betriebsformen zu beachten; denn solche Produkte können nicht isoliert von ihrem Preis beurteilt werden.³⁾ Dies erhöht allerdings die Komplexität sortimentspolitischer Entscheidungen. Um deren Grundlagen und operativen Handlungsgrundsätze gedanklich von Prinzipien der Preispolitik zu trennen, muß im folgenden von der Prämisse konstanter Preise ausgegangen werden.

1) Vgl. Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 106.

2) Ibid., S. 106.

3) Über den Zusammenhang zwischen sortiments- und preispolitischen Zielen und Tatbeständen vgl. Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 884.

Die Aufnahme freiverkäuflicher Medikamente hat Darbietungs- und Erwerbsziele zu erfüllen. Da diese Produkte auch in anderen Einzelhandelsbetrieben erhältlich sind, kann vom Apotheker allerdings nicht verlangt werden, eine Versorgung der Bevölkerung unter Inkaufnahme wirtschaftlicher Verluste zu garantieren, die ihm aufgrund des marktlichen Wettbewerbs entstehen; denn dies würde den Prinzipien der sozialen Marktwirtschaft widersprechen.¹⁾ Operative Handlungsprinzipien müssen daher zwischen dem öffentlichen Auftrag und der Notwendigkeit zur Vermeidung von Verlusten abwägen.

b. Operative Handlungsprinzipien

Bezüglich der Sortimentsbreite ist bereits das Prinzip der vollständigen Abdeckung der relevanten Indikationsgebiete angeführt worden. Es handelt sich hierbei vor allem um Tonika, Geriatrika, Vitaminpräparate sowie freiverkäufliche Kontrazeptiva.

Für die Gestaltung der Tiefe im Hinblick auf die Artikelzahl in einzelnen Indikationen kann zuerst das Prinzip der Apothekenexklusivität von Präparaten herangezogen werden. Die Auswahl von Produkten, deren Vertriebsweg an die Apotheke gebunden ist und die dadurch gleichsam eine "Apothekenhandelsmarke" besitzen, vermeidet eine direkte Produktkonkurrenz zu Drogeriemärkten und anderen Anbietern freiverkäuflicher Arzneimittel.²⁾ Sie ermöglicht gleichzeitig eine Realisierung hoher Handelsspannen, ohne Marktpreise zu mißachten. Nicht zuletzt gewährleistet das genannte Prinzip die Imagekonformität des Absatzprogramms, da die genannten Produkte auf die speziellen qualitativen Anforderungen der Apotheke im allgemeinen zugeschnitten sind.

1) Dies ergibt sich auch daraus, daß die Pflicht zur Vorratshaltung apothekenpflichtiger Medikamente u.a. mit dem Apothekenmonopol bei diesen Waren begründet wird (vgl. etwa Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 69).

2) Vgl. auch Mack-Kompendium, S. 23.

Zum zweiten kann das Prinzip der Orientierung am Beratungsspielraum des Apothekers für einzelne Artikel genannt werden. Darbietungsziele können in der Regel nämlich nur dann erfüllt werden, wenn der Apotheker einen großen Beratungsspielraum besitzt, der nicht durch intensive Werbung des Herstellers und damit vorgeformte Einstellungen von Kunden zu dessen Präparaten schon ausgefüllt ist.

Geht es bei sortimentspolitischen Entscheidungen um die Auswahl von Sorten jedes einzelnen Artikels, so ist das Prinzip der Sortenreduktion anzuwenden. Da hierbei die Packungsgröße im Mittelpunkt steht, ist eine Orientierung am Verwendungszweck des jeweiligen Mittels möglich. Bei Präparaten zur Langzeitbehandlung sind allein Großpackungen auszuwählen; Artikel, die nur vorübergehend bei einem Auftreten von Krankheitssymptomen angewendet werden, sind in kleinen Packungen anzubieten. Keinesfalls muß das gesamte, von der Industrie angebotene Größenspektrum vorrätig gehalten und schon gar nicht sichtbar präsentiert werden. Dies verringert Lagerhaltungskosten, ohne Darbietungsziele minderzuerfüllen.

Da auch freiverkäufliche Arzneimittel Risiken bei ihrer Verwendung besitzen und außerhalb von Apotheken meist ohne sachkundige Beratung verkauft werden, sollte im Interesse einer "ordnungsgemäßen" Arzneimittelversorgung darauf hingearbeitet werden, den Gesetzgeber von der Notwendigkeit einer Novellierung des Arzneimittelgesetzes zu überzeugen dergestalt, daß alle Arzneimittel ausschließlich über Apotheken vertrieben werden dürfen.¹⁾ Diese Beeinflussung des Gesetzgebers kann bereits als angebotspolitische Strategie angesehen werden.²⁾

1) Hierbei hätte die Apothekerschaft sicher auch die Unterstützung des Ärztestandes (vgl. z.B. o.V.: Gefährlicher Markt: Selbstmedikation. In: Gesunde Medizin 10/1978, S. 12 f.).

2) Zu der Strategie, Maßnahmen des Gesetzgebers zu initiieren, um das Aufkommen neuer Betriebsformen abzuwehren, vgl. Kotler: Marketing-Management, S. 261.

4. Sortimentspolitik im Ergänzungssortiment

Intensive Diskussionen über sortimentspolitische Probleme von Apotheken werden vor allem in bezug auf das Ergänzungssortiment geführt.¹⁾ Da in diesem Teilsortiment keinerlei staatliche Preis- bzw. Handelsspannenbindungen existieren, ergibt sich hierbei eine besondere Problematik aus der Tatsache, daß sortimentspolitische Entscheidungen nicht von Preisentscheidungen getrennt werden können; denn beide sind (neben anderen) maßgeblich für den Erfolgsbeitrag der genannten Waren. Zur Verdeutlichung dieser Schwierigkeit soll im folgenden gezeigt werden, daß sogar zwischen der (allein auf apothekenpflichtige Arzneimittel bezogenen) Arzntaxe und der Gestaltung des Ergänzungssortiments ein enger Zusammenhang propagiert wird. So wird einerseits argumentiert, daß günstige Rentabilitätsverhältnisse des Gesundheitspflegesortiments bei einem großen Umfang dieses Warenbereichs "die Bedeutung der Deutschen Arzntaxe hinsichtlich ihrer Existenzsicherungsfunktion entscheidend schwächen können", indem bei Diskussionen um die Deutsche Arzntaxe auf die Einkommensmöglichkeiten im Bereich des Nebensortiments verwiesen wird."²⁾ Andererseits wird geäußert, daß ungünstige Rentabilitätsverhältnisse des Ergänzungssortiments "bei einem Festhalten an diesem Sortiment zu der Vermutung führen...", daß die Arzntaxe das Nebensortiment alimentiert und ihre Spannen folglich zu hoch angesetzt sind."³⁾ Wenngleich diese Bedenken nach einer Anfrage

1) Vgl. etwa Kellerer, Günther: Die wirtschaftliche Bedeutung des Nebensortiments in Apotheken. In: Pharm.Ztg., 120.Jg. (1975), Sonderdruck (Zitierweise: Wirtschaftliche Bedeutung); Kellerer, Günther: Das Nebensortiment der Apotheke, Sonderdruck aus AP, 1.Jg. (1979) (Zitierweise: Nebensortiment); Neumann, Gerhard: Die Bedeutung des Randsortiments in der Apotheke. In: Pharm.Ztg., 123.Jg. (1978), S. 1088 ff.; Deyhle, Albrecht: Wie attraktiv ist das Randsortiment für die Apotheke? In: AJ 3/1979, S. 13 ff.; Hebel, Hans: Nebensortiment - große Freiwahl - Drugstore. In: Pharm.Ztg., 125.Jg. (1980), S. 1874; Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 86 ff.; Pabst, Siegfried: Die Kettenreaktion beim Randsortiment. In: Der Deutsche Apotheker, 28.Jg. (1976), S. 434 ff.

2) Kellerer: Wirtschaftliche Bedeutung, S. 15.

3) Ibid., S. 15; vgl. auch Neumann, Gerhard, op.cit., S. 1089.

beim Bundesministerium für Wirtschaft zumindest vorläufig ausgeräumt sein dürften,¹⁾ zeigen sie dennoch, daß es für den Apotheker sehr wichtig ist, Entscheidungen, die das apothekenpflichtige "Hauptsortiment" betreffen, streng von solchen zu trennen, die sich auf das "Ergänzungssortiment" beziehen, um dem Verdacht einer Verwässerung und Unterlaufung seiner öffentlichen Aufgabe zu entgehen.²⁾ Im folgenden können daher kalkulatorische und damit preispolitische Aspekte des Gesundheitspflegesortiments bei der Untersuchung der Frage, welche Bedeutung dieser Sortimentsteil für Apotheken (zukünftig) hat, nicht außer acht gelassen werden. Operative Handlungsprinzipien der Preisgestaltung sind allerdings dem Aktionsbereich der Preis- und Kreditpolitik zugeordnet.

a. Handlungsrahmen der Sortimentspolitik

Unternehmensexterne handlungsbegrenzende Faktoren der Sortimentspolitik im Bereich des Ergänzungssortiments stellen vor allem gesetzliche Bestimmungen dar. So legt die Apothekenbetriebsordnung den Handlungsrahmen in bezug auf die Breite dieses Teilsortiments fest, indem sie elf Warenarten nennt, die Apotheken außer Arzneimitteln noch im Absatzprogramm führen dürfen. Dabei geht es im einzelnen um (vgl. § 12 ApoBo):

- (1) Verbandmittel,
- (2) Mittel und Gegenstände zur Kranken- und Säuglingspflege,
- (3) ärztliche, zahnärztliche und tierärztliche Instrumente,
- (4) Mittel und Gegenstände der Hygiene und Körperpflege,
- (5) diätetische Lebensmittel,
- (6) Lebensmittel, soweit sie zur Vorbeugung und zur Heilung von Krankheiten bestimmt sind,
- (7) Gewürze,
- (8) Prüfmittel, Chemikalien, Reagenzien und Laboratoriumsbedarf,
- (9) Gifte sowie Schädlingsbekämpfungsmittel und Pflanzenschutzmittel,
- (10) Mittel zur Aufzucht von Tieren,
- (11) Fruchtsäfte.

1) Vgl. hierzu das Interview mit Min.Rat Bauer, abgedruckt in: AP. 1.Jg. (1979), Nr. 6, S. 14.

2) Eine "interne Subventionierung" des Ergänzungssortiments durch Überschüsse aus den apothekenpflichtigen Arzneimittelverkäufen wäre jedenfalls nicht zu rechtfertigen. Vgl. zu diesem Problem allgemein für Betriebe mit öffentlichen Aufgaben: Oettle/Thiemeyer: Absatzthesen, These 18.

Ansesichts der faktischen Umsatzanteile einzelner Warenarten in Apotheken¹⁾ erscheint die gesetzliche Gliederung allerdings wenig zweckmäßig. Orientiert man sich nämlich an Bedarfskomplexen, so stehen folgende Warenarten im Mittelpunkt: (a) Körperpflegemittel im engeren Sinn (insbesondere Seifen, Deos, Hygieneartikel, Fuß-, Nagel- und Haarpflegemittel), (b) Mund- und Zahnpflegeprodukte, (c) Pflegekosmetika, (d) Kindernähr- und -pflegemittel, (e) Verband- und Krankenpflegemittel sowie (f) Diätetika und Reformwaren.

Mit der genannten Regelung hat der Staat nicht zuletzt eine Entwicklung der deutschen Apotheke hin zum "drugstore" amerikanischer Art verhindert. So verbietet sich sowohl aus der gesundheitspolitischen Aufgabenstellung heraus als auch wegen der gesetzlichen Restriktionen beispielsweise das Angebot von Photoapparaten und Filmen, die früher teilweise zum Apothekensortiment gezählt haben. Abgrenzungsprobleme ergeben sich für den Apotheker jedoch insbesondere im Bereich der Körperpflege. So fallen etwa Mittel der rein dekorativen Kosmetik, die ausschließlich der Beeinflussung des Aussehens oder zur Vermittlung von Geruchseindrücken dienen (z.B. Schminke, Parfüm, künstliche Wimpern, Haarfarben) nicht unter die apothekenüblichen Waren.²⁾ Kosmetische Präparate, die zusätzlich zu diesen Zwecken oder vorrangig (auch) körperpflegende und damit gesundheitserhaltende und -fördernde Absichten verfolgen (z.B. Haartönungsmittel, Lidschattenstifte, Puder, Nagellack), sind zu den Mitteln und Gegenständen der Körperpflege zu zählen, die in Apotheken geführt werden dürfen.³⁾ Eine eindeutig operationale Grenzlinie ist hierbei allerdings nicht gezogen.

1) Vgl. hierzu Menge: Betriebsvergleich, S. 1701.

2) Vgl. etwa Urteil des Amtsgerichts München vom 3.12.1976; Kosmetik in Apotheken, abgedruckt in: Pharm.Ztg., 122.Jg. (1977), S. 402. Vgl. auch den Bescheid des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 30.10.1980, abgedruckt in: Pharm.Ztg., 125.Jg. (1980), S. 2244.

3) Vgl. Urteil des Amtsgerichts München vom 3.12.1976, op.cit., S. 402. Abweichend hiervon, dürfen nach dem zitierten ministeriellen Bescheid vom 30.10.1980 Lidschattenstifte und Nagellack überhaupt nicht und Lippenstifte nur dann, wenn sie überwiegend pflegenden Zwecken zu dienen bestimmt sind, geführt werden. Vgl. zur Problematik dieser Abgrenzung auch Braun, Harro: Lippenstifte - wirklich tabu? In: BAZ, 1.Jg. (1980), Nr. 12, S. 2 f.; Doerper, F.: Rechtsgutachten zur Frage der Apothekenüblichkeit von Dekorativkosmetika, abgedruckt in: BAZ, 2.Jg. (1981), Heft 2, S. 13 ff. und Heft 3, S. 19 f.

Der Gesetzgeber hat mit seiner Positivliste zweifellos auch entschieden, daß die aufgeführten Warenarten "apothekenadäquat" sind, also in die öffentliche Apotheke gehören können.¹⁾ Eine zusätzliche Einschränkung des unternehmerischen Handlungsspielraums der Sortimentspolitik, die beispielsweise aus standespolitischer Sicht immer wieder gefordert wird,²⁾ sollte der freien Entscheidung jedes einzelnen Apothekers überlassen bleiben.³⁾

Weitere handlungsbegrenzende Faktoren auf diesen Teilmärkten ergeben sich aus der jeweiligen Konkurrenz- und Bedarfsstruktur sowie aus den beschaffungsmarktlchen Lebensbedingungen der Apotheken; denn sortimentspolitische Entscheidungen haben der Tatsache Rechnung zu tragen, daß Apotheken bei den genannten Warenarten in freiem Wettbewerb zu Betrieben und Betriebsformen anderer Branchen stehen, und daß die Lieferantenstruktur hier im Gegensatz zu derjenigen auf Arzneimittelmärkten wesentlich komplexer ist.⁴⁾ Innerbetrieblich sind weiterhin spezifische Fachkenntnisse zu berücksichtigen, die in einzelnen Warenarten (z.B. Kosmetika) erforderlich sind.

b. Der Beitrag des Ergänzungssortiments zur Erreichung betrieblicher Ziele

Wegen des direkten Zusammenhangs, der zwischen der Sortimentspolitik eines Betriebes und den Präferenzen der Verbraucher für den fraglichen Betrieb herrscht, stehen spezifische kundenpolitische Ziele im Mittelpunkt sortimentspolitischer Bestrebungen. Diese Zielsetzungen können sowohl aus Darbietungs- als auch aus Erwerbs-, Wachstums- und persönlichen Zielen des

1) Vgl. auch Kellerer: Nebensortiment, S. 1; Haas, op.cit., S. 22, begründet ausführlich, daß die genannten Waren geschichtlich schon immer branchentypisch für die Apotheke gewesen sind.

2) Vgl. etwa Kühn, Peter, op.cit., S. 13.

3) Vgl. auch, was zur Freiwilligkeit ethisch motivierter Entscheidungen auf S. 43 dieser Arbeit gesagt wurde.

4) Vgl. die Ausführungen auf S. 100 ff. dieser Arbeit.

Unternehmers abgeleitet sein. Im ersten Fall verfolgen sie gesundheitspolitische Absichten der Prophylaxe,¹⁾ im zweiten Fall können vor allem Deckungsbeiträge und Umsätze von Waren als Maßstäbe der Zielerreichung angesehen werden. Im einzelnen geht es u.a. darum, Stammkunden zu gewinnen, Laufkunden zum Aufsuchen des Ladengeschäfts zu bewegen, die Kundenfrequenz zu heben und Bedarfsweckung zu betreiben.

Um den Beitrag des Nebensortiments zur Erreichung erwerbswirtschaftlicher Ziele zu ermitteln, sind dessen Umsatzerlöse den Kosten, die es verursacht, gegenüberzustellen. In der Praxis empfiehlt es sich daher, Umsatzerlöse und Kosten einerseits für Arzneimittel, andererseits für Waren des apothekenüblichen Ergänzungssortiments im Rechnungswesen getrennt zu erfassen.²⁾ Außerdem sind gesonderte Bestellungen und Kassenführungen vorzunehmen. Der hieraus resultierende differenzierte Ausweis von Kosten für einzelne Warenbereiche (hier: Arzneimittel und Waren des gesundheitspflegenden Sortiments), die als Kostenstellen bezeichnet werden sollen,³⁾ sowie von Umsatzerlösen vermag nicht zuletzt dazu beizutragen, den unternehmerischen Erfolg transparenter und damit beurteilungsfähiger zu machen.

Während es lediglich ein organisatorisches Problem ist, durch ein derartiges Vorgehen exakte Aussagen über Umsatzerlöse und Handelsspannen bzw. Aufschlagsätze einzelner Waren abzugeben,⁴⁾ bereitet die Bestimmung der durch das Ergänzungssortiment verursachten Kosten erhebliche Schwierigkeiten. Zu deren Lösung

-
- 1) Zur gesundheitspolitischen Aufgabe des Apothekers z.B. im Bereich der Kosmetik vgl. Zeumer, Anita: "Kosmetik mit Qualität anbieten". In: AP, 1. Jg. (1979), Nr. 6, S. 16; Beyer-Enke: Handverkaufslehre, S. 7; o.V.: Der Apotheker und die Kosmetik. In: Pharm. Rundschau, 17. Jg. (1975), Nr. 12, S. 14.
 - 2) Vgl. auch Kellerer: Nebensortiment, S. 12.
 - 3) Zur Bildung von Kostenstellen im Handel nach Warengruppen vgl. Heger, Heinz: Kalkulation im Handel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 969.
 - 4) Die Handelsspanne einer Ware errechnet sich aus der Differenz zwischen ihrem Einstandspreis (hierbei sind Rabatte bereits abgezogen worden - die Abzugsfähigkeit von Skonti ist dagegen umstritten) und ihrem Ausstandspreis (vgl. Kommission zur Förderung der handels- und absatzwirtschaftlichen Forschung, op.cit., S. 30 und S. 29).

kann man sich der Teilkosten- bzw. Deckungsbeitragsrechnung bedienen.¹⁾ Geht man nämlich von der Erkenntnis aus, daß die gesamten Handlungskosten der Apotheke keineswegs von allen erbrachten Leistungen gleichermaßen verursacht werden, was die sogenannte Vollkostenrechnung unterstellt, sondern in Einzelkosten, die der jeweiligen Kostenstelle (Warenbereich) und letztlich dem jeweiligen Kostenträger (Sorte) direkt zurechenbar sind, und in Gemeinkosten, die nur dem Betrieb als ganzem angelastet werden können, aufzuspalten sind, so läßt sich unschwer feststellen, daß i.d.R. die meisten Gemeinkostenarten in ihrer Höhe beim Betrieb einer Apotheke unabhängig davon anfallen, ob ein Ergänzungssortiment geführt wird oder nicht. Damit können diese Gemeinkosten als Einzelkosten des Warenbereichs Arzneimittel angesehen werden. Ihre Deckung ist daher allein durch Umsatzerlöse des Arzneimittelsortiments zu sichern. Zu diesen "Einzelkosten" gehören insbesondere folgende Kostenarten:²⁾ der Kern der Personalkosten, Versicherungen, Kraftfahrzeugkosten sowie Kosten für eine Bereithaltung solcher Kapazitäten, die einer Apotheke gesetzlich auferlegt sind (Geräte zur Rezeptur und Defektur, Laboreinrichtung, Fachliteratur etc.). Sofern für das Ergänzungssortiment keine gesonderten Räumlichkeiten verwendet werden, sind auch Miete, Heizung, Strom und Abschreibungen zu diesen "Einzelkosten" zu zählen. Weiterhin sind kalkulatorische Kosten zu berücksichtigen (z.B. für Miete in eigenen Räumen, Unternehmerlohn, Eigenkapital).

1) Vgl. hierzu ausführlich Riebel, Paul: Deckungsbeitragsrechnung im Handel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 433 ff.; Schmitz, Gerhard: Möglichkeiten einer Verbesserung der Kosten- und Leistungsrechnung des Handelbetriebs mit Hilfe der Deckungsbeitragsrechnung. In: Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln, hrsg. v. Edmund Sundhoff, 26.Jg. (1974), (Zitierweise: Deckungsbeitragsrechnung), S. 97 ff. und S. 109 ff.; Hecker, Wulf: Kurzfristige Erfolgsrechnung im Einzelhandel, Stuttgart 1968, insbes. S. 98 ff. Auf Vor- und Nachteile der Deckungsbeitragsrechnung kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Sie erscheint jedoch gerade für die Erfolgsbeurteilung eines Randsortiments und bei unausgenützten Kapazitäten besonders geeignet (vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 12; siehe auch Pfeil, Bernhard: Möglichkeiten und Grenzen der Deckungsbeitragsrechnung als Grundlage der gewinnorientierten Absatzstrategie, Diss. München 1971, insbes. S. 115). Diese Situation trifft bei vielen Apotheken in der Bundesrepublik zu.

2) Teilweise auch bei Kellerer: Nebensortiment, S. 11.

Zu den von der Kostenstelle des Ergänzungssortiments verursachten Einzelkosten zählen vor allem Wareneinstandskosten, Bestellkosten, Verpackung, Etikettierung, Kammerbeiträge, Werbekosten, zurechenbare Fremdkapitalzinsen, anteilige Kosten für Einrichtungsgegenstände, Gewerbesteuer, eventuell Verderb bzw. Schwund der Ware sowie anteilige Personalkosten,¹⁾ sofern das Personal voll ausgelastet war und zur Führung eines Ergänzungssortiments zusätzliche Personalkapazitäten geschaffen werden mußten. Da Personalkosten bekannterweise den größten Anteil an den Gesamtkosten einnehmen, bleiben die dem Ergänzungssortiment aufzubürdenden Einzelkosten insbesondere dann niedrig, wenn im Personalbereich unausgenutzte Kapazitäten bestehen, die durch eine Aufnahme von apothekenüblichen Waren in das Sortiment optimal im Hinblick auf die Erreichung erwerbswirtschaftlicher Ziele eingesetzt werden können. Nicht zu vergessen sind bei den Einzelkosten diejenigen kalkulatorischen Eigenkapitalzinsen, die auf das im Randsortiment gebundene Eigenkapital entfallen. Möglicherweise ist diesem Teilsortiment auch ein Teil des kalkulatorischen Unternehmerlohns anzulasten, sofern es den Arbeitseinsatz des Apothekers beansprucht. Dies ist bei einer "optimalen" Organisation des personellen Einsatzes längerfristig allerdings nur in sehr geringem Umfang der Fall.²⁾

Hat man über eine Teilkostenrechnung die dem Warenbereich direkt zurechenbaren Einzelkosten ermittelt, so sind diese von den Umsatzerlösen des Warenbereichs zu subtrahieren. Als Ergebnis erhält man den Beitrag, den der betreffende Warenbereich zur Deckung von Apothekengemeinkosten liefert und damit den Erfolgsausweis des "Gesundheitspflegesortiments". Allein dieser Deckungsbeitrag ist sein relevantes Erfolgsbeurteilungskriterium.

1) Vgl. zum Teil auch Kellerer: Nebensortiment, S. 11.

2) Vgl. hierzu die Ausführungen über den Einsatz des Personals auf S. 311 ff. dieser Arbeit.

Da sich bei den meisten Warenarten des Ergänzungssortiments aufgrund des scharfen Wettbewerbs zu Betriebsformen anderer Branchen nur geringere Aufschlagsätze am Markt durchsetzen lassen als im Bereich des apothekenpflichtigen Warensortiments,¹⁾ weisen Apotheken mit einem hohen Anteil an Waren des Gesundheitspflegebereichs im Durchschnitt eine geringere Umsatzrentabilität auf als Betriebe mit einem kleinen Ergänzungssortiment²⁾. Hieraus kann allerdings nicht gefolgert werden, daß in solchen Unternehmen Erwerbsziele minder erfüllt würden; denn die Umsatzrentabilität ist kein zuverlässiger Maßstab für die Erreichung von Einkommenszielen.³⁾ Wie Gümbel nachgewiesen hat, gilt dies gleichermaßen für die Eigenkapitalrentabilität.⁴⁾ Sofern nämlich kalkulatorische Zinsen des im Ergänzungssortiment gebundenen Eigenkapitals als Kostenstellenkosten angesetzt worden sind, die sich unter Abwägung des jeweiligen Risikos an der Rendite der besten alternativen Kapitalanlage orientieren, führt jeder noch so kleine Deckungsbeitrag dieses Sortimentsteils zu einer höheren Eigenkapitalrentabilität als jede andere Kapitalverwendung.⁵⁾

Für eine möglichst hohe Verzinsung des eingesetzten Eigenkapitals ist dabei vor allem die Lagerumschlagsgeschwindigkeit

-
- 1) Vgl. hierzu die Ausführungen über die Preispolitik im Ergänzungssortiment auf S. 253 ff. dieser Arbeit.
 - 2) Vgl. etwa Kellerer: Wirtschaftliche Bedeutung, S. 6. f.; Neumann: Randsortiment, S. 1088.
 - 3) Vgl. hierzu z.B. Wöhe: Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 13. Aufl., München 1978, S. 39. Gegenständliche Argumente unterschlagen zumeist, daß sich die Umsatzbasis erhöht hat und sich damit trotz geringerer Umsatzrentabilität der Gewinn dann gesteigert hat, wenn die Differenz zwischen Umsatzerlösen und Kosten größer geworden ist. Dies trifft bei positiven Deckungsbeiträgen immer zu.
 - 4) Vgl. Gümbel: Wareneinzelhandel, S. 98 ff.
 - 5) Hierbei ist unterstellt, daß die durch Leistungsziele vorgegebenen Qualitätsstandards im Arzneimittelsortiment erreicht sind und sich eine weitere Investition von Kapital in diesem Bereich u.a. wegen der angeführten Bedarfs- und Nachfragelenkungsziele verbietet.

verantwortlich. Je häufiger sich nämlich ein Produkt bzw. eine Warenart umschlägt, desto weniger Kapital bleibt in ihm (ihr) gebunden und desto geringer werden die Kapitalkosten.¹⁾ Je größer die Umschlagshäufigkeit ist, desto niedriger kann dann auch der Kalkulationsaufschlag bei der Preissetzung sein, der dennoch gleichbleibende Eigenkapitalrenditen erwirtschaften läßt.^{2) 3)}

Zusammenfassend zu den vorgenannten Überlegungen kann an dieser Stelle festgehalten werden, daß der Warenbereich Ergänzungssortiment, sofern er einen, wenn auch noch so kleinen positiven Deckungsbeitrag erbringt, zur Erfüllung von Erwerbszielen beiträgt.

Zur Erreichung der genannten spezifisch kundenpolitischen Ziele sind weiterhin Verbundbeziehungen, die zwischen dem Ergänzungssortiment und apothekenpflichtigen Produkten bestehen, zu beachten.⁴⁾ Wird nämlich Kunden der Einkaufsakt insofern er-

1) Vgl. hierzu z.B. Villiger: Lagerumschlag, S. 13 ff.

2) Dies hat z.B. Schär schon im Jahre 1911 festgestellt (vgl. Schär, Johann, Friedrich: Allgemeine Handelsbetriebslehre, 1. Aufl., Leipzig 1911, S. 121 f.; siehe auch Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 559 ; Kellerer: Nebensortiment, S. 8 f. sowie ausführlich Mellerowicz, Konrad: Die Handelsspanne bei freien, gebundenen und empfohlenen Preisen, Freiburg i. Br. 1961 (Zitierweise: Handelsspanne), S. 42 ff.

3) Die in empirischen Untersuchungen zu Tage getretene Erkenntnis, daß die Lagerumschlagsgeschwindigkeit von Artikeln des Ergänzungssortiments geringer ist als diejenige von Arzneimitteln, und die daraus abgeleitete Vermutung, daß Verkäufe aus diesem Teilsortiment überwiegend Gelegenheitskäufe sind (persönliche Mitteilung von Herrn Neumann, ABDA, nach Analysen des Marktforschungsinstituts Nielsen), darf keineswegs zu der Schlußfolgerung verleiten, daß die Führung eines Gesundheitspflegesortiments für Apotheken betriebswirtschaftlich nicht zu vertreten ist. Sie ist eher ein Indiz dafür, daß Ergänzungssortimente in Apotheken bisher weder nach erwerbswirtschaftlichen noch nach kundenpsychologischen und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten gestaltet worden sind.

4) Vgl. zu derartigen Sortimentsverbunden allgemein etwa Hauzeneder, op.cit., insbes. S. 158 ff.; Böcker, Franz: Die Analyse des Kaufverbunds - Ein Ansatz zur bedarfsorientierten Warentypologie. In: ZfbF, 27.Jg. (1975), S. 290 ff.

leichtert, als ihnen z.B. die Möglichkeit geboten wird, zusätzlich zu Medikamenten noch Waren ihres täglichen Gesundheits- und Hygienebedarfs zu erwerben, so kann diese Kenntnis den Patienten in seiner Einkaufsstättenwahl zugunsten der betreffenden Apotheke beeinflussen.

c. Operative Handlungsprinzipien der Sortimentspolitik

ca. Zur Abstimmung von Sortimentsbreite und -tiefe

Grundsätzlich ist der Umfang des Ergänzungssortiments hinsichtlich seiner Breite (Anzahl der zu führenden Warenarten) und seiner Tiefe (Anzahl der Artikel je Warenart und Anzahl der Sorten je Artikel) festzulegen.¹⁾ Hierbei müssen enge Beziehungen zwischen Sortimentsbreite und -tiefe beachtet werden; denn vor allem wegen des i.d.R. begrenzten Raumes ist es nicht möglich, sämtliche der in der Apothekenbetriebsordnung aufgezählten Warenarten und gleichzeitig innerhalb jeder Art alle oder auch nur die meisten auf dem Markt befindlichen Artikel sowie innerhalb der Artikelgruppen noch sämtliche Sorten (Ausführungen, Packungsgrößen etc.) zu führen.

Eine Grundlage für Entscheidungen über die Dimensionierung des Ergänzungssortiments sind Informationen über die Konkurrenzstruktur im jeweiligen Marktfeld (wie z.B. die Nähe zu Drogeriediscountmärkten) sowie über Einflussfaktoren, welche die Marktwirksamkeit von Bedarfen steuern (wie z.B. das zunehmende Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung).²⁾ Daß ein Sortiment nicht völlig an bestehende Bedarfe angepaßt werden muß, ist bereits erwähnt worden. Einerseits können nämlich noch nicht restlos konkretisierte Bedarfe durch das jeweils präsente Warenangebot in bestimmte Richtungen gelenkt werden; andererseits können Kunden, die bereits exakt definierte

1) Ähnlich unterscheidet auch Gümbel zwischen der Rahmenplanung und der Detailplanung von Sortimenten, ohne deren enge Zusammenhänge zu übersehen (vgl. Gümbel: Wareneinzelhandel, insbes. S. 164 f.).

2) Vgl. hierzu die Ausführungen im zweiten Kapitel dieser Arbeit, insbes. S. 74 ff.

Kaufabsichten hegen, aufgrund der angebotenen Waren zu einem Nachfragewechsel veranlaßt werden.¹⁾ Dennoch bilden Erkenntnisse über die Bedarfsstruktur im jeweiligen Marktfeld wichtige Anhaltspunkte für die Festlegung der Sortimentsbreite, wobei insbesondere Alter, Geschlecht und soziale Schichtenzugehörigkeit der Bevölkerung entscheidungsbeeinflussend wirken. Anhand dieser Daten sind bedarfsgebietspezifische Schwerpunkte hinsichtlich der Warenarten zu setzen. Hierbei müssen Bedarfsverbunde, die zwischen einzelnen Warenarten bestehen, beachtet werden.²⁾ So wurden bereits wichtige Bedarfskomplexe wesentlicher Kundentypen (Rentner, junge Mütter) im Bereich der Marktforschung erwähnt.³⁾

Sind die zu führenden Warenarten festgelegt, so hat sich ihre Dimensionierung in der Tiefe nach dem zur Verfügung stehenden Platz zu richten. Bei dieser Vorgehensweise darf allerdings nicht die Attraktionswirkung vernachlässigt werden, die von verschiedenen "Tiefengraden" in einzelnen Warenarten ausgeht. Daher kann in der Praxis letztlich nur eine simultane Abstimmung von Sortimentsbreite und -tiefe zu einer im Hinblick auf die zu erfüllenden Ziele optimalen Sortimentsgestaltung führen. Als wesentlicher Handlungsgrundsatz ist dabei das Prinzip der Sortimentsstraffung zu nennen.⁴⁾ Nur wenn sich der Apotheker unter Berücksichtigung von Kundenansprüchen auf die gängigsten Artikel und Sorten einer Warenart beschränkt, kann er das Ziel eines hohen Lagerumschlags erreichen und damit auch

1) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 221; siehe auch Glümbel: Wareneinzelhandel, S. 165.

2) Dies übersieht beispielsweise Sedlmayer, wenn er empfiehlt, nicht gleichzeitig Kosmetika und eine breite Palette an Kindernahrungsmitteln zu führen (vgl. Sedlmayer, Karl: Randsortiment Kosmetik - was muß man wissen? In: AJ 4/1979, S. 84).

3) Vgl. S. 68 dieser Arbeit.

4) Vgl. hierzu auch Kellerer: Nebensortiment, S. 8 f., der anhand von praktischen Erfahrungswerten von einer Zahl von etwa 300 Artikeln spricht, die ein straffes Ergänzungssortiment einer Apotheke aufweisen sollte. Lietz, op.cit., S. 12, empfiehlt 300 bis 400 Artikel.

eine Voraussetzung schaffen, bei der Kalkulation zu marktadäquaten Preisen zu gelangen. Dies bedeutet, daß sogenannte "Ladenhüter", die sich nur ein- bis zweimal im Jahr umschlagen, eliminiert werden müssen,¹⁾ was gleichermaßen für ganze Warenarten gilt, deren durchschnittliche Lagerumschlagsgeschwindigkeit in der genannten Größenordnung liegt. Dieser Sachverhalt verdeutlicht den hohen Stellenwert, welcher der Lagerumschlagsgeschwindigkeit als Entscheidungskriterium bei der Abstimmung von Sortimentsbreite und -tiefe zukommt.²⁾

cb. Zur Anwendbarkeit umfassender Gestaltungsregeln

Als Entscheidungshilfen der Sortimentspolitik im Bereich des Gesundheitspflegesortiments werden vor allem zwei Grundsätze genannt und zu umfassenden Regeln erhoben: Einmal sollen generell nur apothekenexklusive Produkte geführt werden.³⁾ Zum anderen wird vorgeschlagen, nur "apothekenadäquate" Waren in das Absatzprogramm aufzunehmen.⁴⁾ Als Alternative zu einer eigenständigen Sortimentspolitik wird in der Praxis drittens das Franchise-Konzept angeboten.

- Apothekenexklusives Sortiment

Nach dem recht einfach handzuhabenden Prinzip der Apothekenexklusivität sollen in der Regel nur solche Produkte im Sortiment vorhanden sein, deren Vertrieb vertraglich an Apotheken gebunden ist und die damit gewissermaßen eine "Apotheken-

1) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 8.

2) Vgl. hierzu auch Villiger: Lagerumschlag, S. 18 ff.

3) Vgl. etwa o.V.: Wehwehchen, S. 24; Thorwarth, Klaus: Auflistung empfehlenswerter Körperpflegemittel. In: Pharm.Ztg., 123.Jg. (1978), S. 1091; Dinger, Ingo: Ergänzungssortiment quo vadis? Bericht über eine Fortbildungsveranstaltung des Apothekervereins Nordrhein am 9. März 1980. In: DAZ, 120.Jg. (1980), S. 911 f.

4) Aussage von Herrn Neumann, ABDA, vgl. hierzu auch Dinger, op.cit., S. 912; o.V.: Wirtschaftstagung, S. 729 ff.

Handelsmarke" besitzen.¹⁾ Durch eine Verfolgung dieses Handlungsgrundsatzes soll eine Abgrenzung zu Betrieben und Betriebsformen anderer Branchen erreicht werden, um sich deren Konkurrenz zu entziehen.²⁾ Tatsache ist jedoch, daß diesem Konzept bisher wenig Erfolg beschieden war und auch in Zukunft kaum Erfolgchancen erkennbar sind.³⁾ Zum einen fehlen nämlich apothekenexklusive Präparate in ausreichender Zahl.⁴⁾ Das dieser Mangel andauern dürfte, liegt vor allem an dem geringen Engagement der produzierenden Industrieunternehmen.⁵⁾ Dieses wird jedoch verständlich, wenn man sich klar macht, daß viele Artikel des Nebensortiments von Seiten der Industrie auf breiten Massenkonsum angelegt sind und sich über den Absatzkanal der Apotheken kaum die Mengen absetzen lassen, "die notwendig sind, um eine nationale Marke aufzubauen."⁶⁾ Hinzu kommt, daß bei vielen Apothekern (noch) nicht die Bereitschaft vorhanden ist, sich für solche Präparate einzusetzen und verkaufsfördernde Aktivitäten für sie gegenüber dem Publikum zu ergreifen.⁷⁾

Zum anderen ist zu beachten, daß auch apothekengebundene Artikel i.d.R. in Konkurrenz zu anderen Produkten stehen, die

-
- 1) In einer empirischen Erhebung, die im April 1980 durchgeführt wurde, sagten 36 % der befragten Apotheker aus, daß sie sich derzeit auf apothekenexklusive Artikel beschränkten; sogar 87 % plädierten dafür, nur apothekenexklusive Präparate zu führen, sofern das Angebot von Herstellerseite dies ermögliche (vgl. o.V.: 'markt intern' Apothekerumfrage, Beilage zu markt intern 22/III vom 29.5.1980).
 - 2) Zu den Vorteilen dieses Prinzips vgl. S. 175 dieser Arbeit.
 - 3) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 6.
 - 4) Vgl. ibid., S. 6.
 - 5) Diese haben hierbei auch wettbewerbsrechtliche Probleme zu beachten (vgl. hierzu ausführlich Kartte, Wolfgang: Selektive Absatzpolitik und Diskriminierungsverbot. In: Bericht zum Wettbewerbskongreß München 1977: Freiheit und Fairneß im Wettbewerb - Chance für einen leistungsfähigen Mittelstand, hrsg. v. Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr, o.O. (München), o.J. (1977), S. 91 ff.).
 - 6) Kellerer: Nebensortiment, S. 6; vgl. auch o.V.: Wehwehchen, S. 25.
 - 7) Vgl. Braun, Harro: Interview zum Thema: Liegt die Zukunft der Apotheke im Ergänzungssortiment?, abgedruckt in: Pharm.Rundschau, Sonderausgabe zum Deutschen Apothekertag 1980, S. 22.

in ähnlicher Qualität nur mit einer anderen Markierung und Verpackung häufig zu wesentlich günstigeren Preisen in Betrieben anderer Branchen vertrieben werden und obendrein sowohl vom Einzelhandel (z.B. von Drogeriemärkten) als auch von ihren Herstellern massiv beworben werden.¹⁾ Das Handlungsprinzip der Apothekenexklusivität ist daher als umfassende sortimentspolitische Regel abzulehnen. Es kann jedoch für einzelne Warentypen im Ergänzungssortiment als Orientierung herangezogen werden.²⁾

- Apothekenadäquates Sortiment

Bei dem Prinzip der "apothekenadäquaten" Sortimentsgestaltung tritt vor allem das Problem auf, diese Adäquanz von Produkten so zu definieren, daß sie als praktikables Kriterium für sortimentspolitische Detailentscheidungen herangezogen werden kann. Zu seiner Lösung wird erstens auf die staatlichen Bestimmungen über den erlaubten Umfang des Ergänzungssortiments zurückgegriffen. Danach sind alle Waren apothekenadäquat, die den in der Apothekenbetriebsordnung genannten Warenarten zugeordnet werden können.³⁾ Eine derartige Konkretisierung erbringt jedoch keine praktische Entscheidungshilfe für den Unternehmer; denn die gesetzliche Regelung stellt lediglich einen Rahmen dar, der sowieso nicht überschritten werden darf.

Bei einer differenzierten, produktspezifischen Sichtweise kann man den genannten Begriff zweitens wie folgt eingrenzen: Die Apothekenadäquanz ist keine dem jeweiligen Produkt an sich langfristig angehörende Eigenschaft, also kein produktimmanenter Faktor. Welche Produkte als apothekenadäquat zu betrachten sind, entscheidet sich vielmehr in den Einstellungen und Erwartungen von Konsumenten gegenüber der Apotheke als Institution. Danach sieht

1) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 6 sowie S. 92 dieser Arbeit.

2) Vgl. hierzu ausführlich S. 202 ff. dieser Arbeit.

3) Vgl. so auch Kellerer: Nebensortiment, S. 1 sowie die Ausführungen auf S. 178 ff. dieser Arbeit.

der Kunde im allgemeinen nur solche Präparate als apothekenadäquat an, für welche eine besondere fachliche Kompetenz des Apothekers als Arzneimittelpfleger vor allem durch die Notwendigkeit einer pharmakologischen Beratung besteht. Es dürfte sich dann bei den fraglichen Produkten um erklärungsbedürftige, überwiegend medizinisch wirksame Artikel handeln, die größtenteils der Heilung gesundheitlicher Schäden dienen.¹⁾ Daß diese abstrakte Definition kein Maßstab für eine umfassende Gestaltung von Gesundheitspflegesortimenten sein kann, ist offensichtlich.²⁾

Das operative Handlungsprinzip, nur "apothekenadäquate" Produkte im Sortiment zu führen, birgt - abgesehen von seiner Nichtoperationalität - im übrigen die Gefahr in sich, dem Apotheker langfristig die Funktion der Mithilfe bei der Gesundheitserhaltung und -pflege der Bevölkerung zu nehmen; denn ein nach den hier genannten Gesichtspunkten zusammengestelltes Absatzprogramm kann im allgemeinen nur solche Bedarfe decken, die erst bei Vorliegen gesundheitlicher Störungen beim Konsumenten auftreten. Der Apotheker wird dann nicht als "Gesundheitsfachmann" tätig, sondern er kann nur als "Krankheitsberater" fungieren,³⁾ was nicht zuletzt Kompetenzüberschneidungen mit der Ärzteschaft verstärken würde.

- Franchising als Orientierungshilfe

Als umfassende Entscheidungshilfe der Sortimentspolitik wird auch der Anschluß an ein Franchise-System angesehen, das zur Zeit vielen Apothekern zur Benutzung angeboten wird.⁴⁾ Durch einen Franchise-Vertrag erwirbt der Apotheker (Franchise-Nehmer) als selbständiger Partner eines Franchise-Gebers das Recht,

1) Sofern das genannte Handlungsprinzip praktische Relevanz erhalten soll, ist eine fundierte empirische Untersuchung über die genannten Einstellungen und Erwartungen von Konsumenten gegenüber der Apotheke durchzuführen, die auch Unterschiede in einzelnen Konsumentensegmenten berücksichtigt. Nach Kenntnis des Verfassers ist eine solche Analyse bisher nicht vorhanden (zu Ansätzen vgl. Dinger, op.cit., S. 911).

2) Zudem können Einstellungen von Konsumentenschicht zu Konsumentenschicht differieren und sich im Zeitablauf wandeln.

3) Vgl. hierzu auch Lietz, op.cit., S. 12.

4) Vgl. insbes. Neumann, Gerhard, op.cit., S. 1089 f.

von diesem hergestellte bzw. vertriebene Waren in eigenem Namen und auf eigene Rechnung zu verkaufen. Der Franchise-Geber bietet dabei ein umfangreiches Leistungsprogramm - z.B. zentrale Werbung, Finanzierungshilfen, Preisgestaltung, eventuell Warenexklusivität - an, wofür der Apotheker eine Einstandsgebühr sowie laufende Beiträge zu bezahlen hat.¹⁾ Unter Verwendung eines bestimmten "Markenzeichens" (z.B. "Apotheken-Service-Center"), das die im Vertrag enthaltenen Waren umfaßt, ist der Apotheker in das Vertriebssystem des Franchise-Gebers fest eingebunden und unterliegt seiner laufenden Kontrolle.²⁾

Abgesehen von dem Problem, daß die bisher bekannten Sortimentslisten von Franchise-Gebern auch solche Warenarten enthalten, die den Katalog der gesetzlich erlaubten Gruppen überschreiten,³⁾ ist das Franchise-System auch aus organisatorischen Gründen für Apotheken höchst problematisch. Durch den Abschluß eines Franchise-Vertrags unterwirft sich der Apotheker nämlich dem vom Franchise-Geber gesetzten Rahmen, der ihn in seinen Dispositionsmöglichkeiten erheblich beschränkt.⁴⁾ Bei der Aufnahme von nicht-apothekenpflichtigen Medikamenten in das Franchise-System wird vor allem das Verbot übertreten, Verpflichtungen einzugehen, bestimmte Arzneimittel in der Offizin in besonderer Weise herauszustellen und bevorzugt abzugeben.⁵⁾ Nicht zuletzt verstößt das Überlassen von Flächen für Verkaufszwecke unter Einschränkung der beruflichen Verantwortlichkeit und Ent-

1) Zu Begriff und Besonderheiten des Franchise-Systems vgl. etwa Cross, Herbert: Franchising im Handel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 612 ff.; Tietz: Marketing, S. 37.

2) Vgl. hierzu allgemein Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, S. 290; Bidlingmaier: Marketing 2, S. 356 f.; vgl. auch das umfangreiche Beispiel über Pflichten von Franchise-Nehmer und -Geber bei Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 519.

3) Vgl. Neumann, Gerhard, op.cit., S. 1089.

4) Vgl. hierzu auch Neumann, Gerhard, op.cit., S. 1089 f. Auf die Gefahr der wirtschaftlichen Abhängigkeit des Franchise-Nehmers weist auch Hansen allgemein hin (vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 517).

5) Vgl. § 10 ApoG.

scheidungsfreiheit des Apothekenleiters gegen standesrechtliche Bestimmungen, die sich nicht nur auf das Arzneimittelsortiment beziehen.¹⁾

- Orientierung am Qualitätsstandard der Produkte

Bevor operative Handlungsprinzipien erarbeitet werden, die nach einzelnen Warentypen zu differenzieren sind, muß noch ein für Apotheken wesentliches Handlungsprinzip der Sortimentsgestaltung erwähnt werden, das für sämtliche Warentypen Gültigkeit besitzt. Danach hat sich der Apotheker bei der Auswahl von Artikeln und Sorten an deren jeweiligem Qualitätsstandard zu orientieren, wobei die gebrauchstechnische Qualitätsdimension im Vordergrund steht.²⁾ So muß er sich auf Produkte konzentrieren, die gesundheitspflegende und krankheitsvorbeugende Eigenschaften aufweisen. "Dubiose" Artikel unseriöser Hersteller, welche die genannten Zwecke lediglich proklamieren, von ihrer Zusammensetzung her aber keine prophylaktischen Wirkungen erwarten lassen und obendrein Nebenwirkungen aufweisen, sind zu meiden. Damit kann der Apotheker sowohl sein qualitativ hohes Image in der Bevölkerung festigen als auch Leistungsziele verfolgen, die aus gesundheitspolitischen Aufgabenstellungen abgeleitet sind.³⁾

Probleme bei der praktischen Umsetzung des genannten Prinzips bereitet vor allem die Messung des jeweiligen Qualitätsstandards, wofür kaum Indikatoren existieren. Anhaltspunkte für eine Qualitätsbeurteilung könnte der Apotheker durch die Auswertung einschlägiger Fachliteratur, aus Informationen über die

1) Vgl. hierzu etwa die im Anhang abgedruckte Berufsordnung der Apothekerkammer Nordrhein, § 8, Ziffer 4 sowie in ähnlicher Form die gleichen Bestimmungen in anderen Berufsordnungen.

2) Zur Unterscheidung gebrauchstechnischer, kultureller und sozialer Qualität vgl. etwa Hansen/Leitherer: Produktgestaltung, S. 25 f.

3) Zur Notwendigkeit, qualitativen Mindestansprüchen zu genügen, vgl. für Betriebe mit öffentlichen Aufgaben: Oettle/Thiemeyer: Absatzthesen, These 13.

stoffliche Zusammensetzung der jeweiligen Artikel und aus Erfahrungen über deren Wirkungsweise bei Kunden gewinnen.¹⁾

Besonders wichtig ist die einwandfreie Qualität für Präparate mit medizinisch-pharmakologischen Eigenschaften. So bildet beispielsweise das "allergene Potential", das Kosmetika anhaftet und aus deren Zusammensetzung erkennbar ist, ein wesentliches Indiz für die Verträglichkeit dieser Produkte beim Verbraucher.²⁾ Unterläßt der Hersteller eine Deklaration der stofflichen Zusammensetzung, kann auch diese Tatsache den Apotheker zur Vorsicht mahnen. Wenngleich diese Ausführungen gleichermaßen für problemlose, selbstbedienungsggeeignete Waren des täglichen Massenbedarfs wie für alle anderen Waren gelten, muß doch erwähnt werden, daß innerhalb dieses speziellen Warentyps weitgehend ähnliche gebrauchstechnische Qualitätsstandards vorherrschen. Dies zeigen warenanalytische Untersuchungen in verschiedenen Warenarten.³⁾ Damit tritt das Prinzip der Orientierung am Qualitätsstandard bei diesem Warentyp in seiner Bedeutung als Auswahlkriterium für einzelne Artikel zugunsten der im folgenden Abschnitt differenziert erarbeiteten Handlungsgrundsätze zurück.

cc. Nach Warentypen differenzierte Gestaltungsgrundsätze

Die bisherigen Ausführungen zeigen, daß für effizientes sortimentspolitisches Handeln eine differenzierte Sichtweise ein-

-
- 1) Siehe z.B. die ausführliche gebrauchstechnische Qualitätsprüfung der Stiftung Warentest bei Kosmetika: Stiftung Warentest (Hrsg.): Kosmetik, Test-Sonderheft 1/79, passim.
 - 2) Vgl. zur Problematik einer derartigen Qualitätsbeurteilung etwa Tronnier, H.: Zur Abgrenzung von Kosmetik und Dermatologie. In: DAZ, 121.Jg. (1981), insbes. S. 5 f.
 - 3) Vgl. hierzu etwa für den Zahnpastamarkt o.V.: Putztechnik ist entscheidend. In: Test, hrsg. v. der Stiftung Warentest, 15.Jg. (1980), Nr. 5, S. 34 ff.; für den Markt an Deodorants: o.V.: Billigere Deos tunes auch. In: Test, hrsg. v. der Stiftung Warentest, 15.Jg. (1980), Nr. 7, S. 52 ff.; für den Markt an Lichtschutzmitteln: o.V.: Sonnenbaden ohne Reue. In: Stiftung Warentest (Hrsg.), Kosmetik, Test-Sonderheft 1/79, S. 47 ff.

zelter Warengattungen und -arten notwendig ist. Grundlage für die im folgenden erarbeiteten operativen Handlungsprinzipien der Gestaltung des Ergänzungssortiments bildet daher eine warentypologische Analyse.¹⁾ Für die vorliegende Problematik sind hierbei einerseits Merkmale von Bedarfsträgern, insbesondere die "Massenhaftigkeit des Bedarfs", ²⁾ andererseits die "Erklärungsbedürftigkeit" von Produkten ³⁾ als Unterscheidungskriterien der Typenbildung besonders geeignet. ⁴⁾ Vor allem mit dem Kriterium der Beratungsbedürftigkeit soll dem Hinweis Rechnung getragen werden, "daß ohne ... Beschreibung des zugehörigen Dienstleistungsbündels ein Sortiment in einer konkreten Situation nicht determiniert werden kann."⁵⁾⁶⁾

-
- 1) Zur Warentypologie vgl. vor allem Knoblich: Warentypologie, insbes. S. 42 ff.
 - 2) Vgl. zu diesem Merkmal Knoblich: Warentypologie, S. 109 f.; siehe auch Gutenberg: Der Absatz, S. 510 ff.; vgl. hierzu auch die Unterscheidung zwischen persönlichem und unpersönlichem Bedarf bei Knoblich: Warentypologie, S. 108 sowie Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 91.
 - 3) Vgl. zu diesem Merkmal Knoblich: Warentypologie, S. 115 f.
 - 4) Wenig zweckmäßig erscheint dagegen das Merkmal "Periodizität des Bedarfs" (vgl. hierzu Knoblich: Warentypologie, S. 112 ff.; Schäfer/Knoblich, op.cit., S. 107 f.), was der Hinweis auf Krankheitsbilder (z.B. Akne) verdeutlicht, die einmal längerfristig chronisch, zum anderen kürzerfristig akut auftreten können und daher periodischen wie aperiodischen, teilweise sogar einmaligen Bedarf auslösen.
 - 5) Gümbel: Sortimentspolitik, Sp. 1887, der sich auf Henzler bezieht.
 - 6) Auf die zwar recht grobe, aber für den Handel sehr brauchbare Unterteilung der Güterwelt in problemlose und problemvolle, d.h. erklärungsbedürftige Waren, weisen u.a. auch Nieschlag, Schäfer und Schnutenhaus hin (vgl. Nieschlag: Der Klein- und Mittelbetrieb, S. 15 f.; Schäfer: Absatzwirtschaft, S. 292; Schnutenhaus, Otto R.: Absatzpolitik und Unternehmensführung, Freiburg i.Br. 1961, S. 168 ff.). "Allerdings gibt es zwischen den problemlosen und den problemvollen Waren keine klare und feste Grenze" (Nieschlag: Klein- und Mittelbetrieb, S. 15); denn letztlich wird die Entscheidung über das, was als problemlos anzusehen ist, subjektiv gefällt (vgl. Kroeber-Riel: Konsumentenverhalten, S. 606). Es existieren jedoch objektive Eigenschaften von Produkten (Preis, gesundheitliche Nebenwirkungen, Wirkstoffe, Neuheit etc.), die es erlauben, das subjektiv wahrgenommene Kaufrisiko als einen Maßstab der Problemlosigkeit (vgl. hierzu Kroeber-Riel: Konsumentenverhalten, S. 351 ff.) empirisch zu ermitteln. Leider gibt die einschlägige Literatur hierzu kaum Auskunft (vgl. auch v. Rosenstiel/Ewald, Bd. I, S. 99).

Nach den genannten Kriterien lassen sich in bezug auf das Gesundheitspflegesortiment von Apotheken drei unterschiedliche Warentypen herausarbeiten, die den Einsatz von operativen Handlungsprinzipien in jeweils unterschiedlicher Ausprägung bedingen:¹⁾

- selbstbedienungsgeeignete Waren des täglichen Massenbedarfs,
- freiwahlgeeignete Waren des konsumentengruppenspezifischen Bedarfs,
- beratungsbedürftige Waren des Individualbedarfs.²⁾

Die empfohlenen Handlungsprinzipien werden für alle drei Warentypen einheitlich gegliedert und umfassen nach ihren Inhaltskategorien

- (1) eine Orientierung am Bedarf,
- (2) eine Orientierung an Aktivitäten von Lieferanten,
- (3) eine Orientierung am Verhalten von Mitangebietern und
- (4) eine eventuelle Orientierung an saisonalen Wechsellagen.³⁾

1) Über den Zusammenhang von Produkteigenschaften und sich daran orientierenden absatzpolitischen Strategien vgl. Miracle, Gordon E.: Product Characteristics and Marketing Strategy. In: Journal of Marketing, Vol. 29 (January 1965), S. 18 ff.; Aspinwall, Leo V.: The Characteristics of Goods Theory. In: Managerial Marketing: Perspectives and Viewpoints, rev. ed., hrsg. v. William Lazer and Eugene J. Kelley, Homewood Ill. 1962, S. 633 ff.

2) Hierbei ist darauf hinzuweisen, daß sich gewisse Unschärfen bei der Zuordnung von Artikeln zu einem der drei Typen in Einzelfällen nicht vermeiden lassen. Dies ist jedoch bei anwendungsorientierten Typenbildungen fast immer der Fall. "Es liegt im Wesen empirischer Typen, daß sie auf den einen oder anderen konkreten Einzelfall nicht zutreffen ..." (Knoblich: Warentypologie, S. 85). Zudem ist die Typenbildung der zeitlichen Überholung ausgesetzt (vgl. Leitherer, Eugen: Die typologische Methode in der Betriebswirtschaftslehre - Versuch einer Übersicht. In: ZfbF, 17.Jg. (1965), S. 653 f.).

Weiterhin ist zu bemerken, daß mit der getroffenen Differenzierung nicht zuletzt gegen ein reines Denken in Warenarten plädiert werden soll. So muß der Apotheker für die Warenart "Badezusatz" beispielsweise unterschiedliche sortimentspolitische Maßnahmen ergreifen, je nachdem, ob es sich um einen allgemeinen Badezusatz des täglichen Massenbedarfs, um einen Luxusartikel für bestimmte Konsumentengruppen oder um ein medizinisch wirksames Präparat zur Therapie von individuellen Krankheitssymptomen handelt.

3) Vgl. zu diesen Kategorien von Handlungsprinzipien Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 209 ff. In der vorliegenden Arbeit sind praktische Ausprägungen dieser Grundsätze zu finden.

- Selbstbedienungsgeeignete Waren des täglichen Massenbedarfs

Der genannte Warentyp umfaßt Produkte, die der Befriedigung eines von allen oder zumindest der überwiegenden Mehrzahl der Konsumenten gleichermaßen oder in ähnlicher Form täglich empfundenen Bedarfskomplexes dienen. Es handelt sich dabei um "problemlose" Mitnahmeartikel, deren Kaufrisiko im allgemeinen als gering eingeschätzt wird.¹⁾ Eine fachliche Beratung ist daher i.d.R. weder notwendig noch erwünscht.²⁾ Die gemeinten Waren sind weithin bekannt und darum für die Selbstbedienung geeignet.³⁾ Im einzelnen zählen zu diesem Warentyp vor allem Mittel der Mund- und Zahnhygiene, allgemeine Körperpflegemittel und Badezusätze, Taschentücher.⁴⁾

(1) Eine Orientierung am Bedarf vermag für Waren dieses Typs keine Entscheidungshilfe zu geben. Da die Massenhaftigkeit des Bedarfs ein wesentliches Kennzeichen des fraglichen Warentyps ist, sind besondere bedarfsspezifische Anhaltspunkte für sortimentspolitische Entscheidungen nämlich nicht vorhanden.

(2) Orientiert sich der Apotheker bei der Aufnahme und/oder Elimination von Waren des genannten Typs an Aktivitäten von Lieferanten, so stehen ihm zwei Maßstäbe zur Verfügung. Einmal muß er sich an den gesamt- bzw. regionalwirtschaftlichen Anteilen der einzelnen Artikel und Sorten in dem jeweiligen

1) Zur Empfindung von Kaufrisiken vgl. etwa v. Rosenstiel/Ewald, op. cit., Bd. I, S. 92 ff.

2) "Bei geringem subjektiv wahrgenommenen Kaufrisiko ist das Informationsbedürfnis des Konsumenten nachweisbar gering" (Kroeber-Riel: Konsumentenverhalten, S. 606; Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

3) Vgl. hierzu allgemein Nieschlag: Klein- und Mittelbetrieb, S. 14.

4) Vgl. eine ähnliche Warentypisierung bei o.V.: Vitamin "d" gegen Drogeriesterben. In: absatzwirtschaft, 22.Jg. (1979), Nr. 3, (Zitierweise: Vitamin "d"), S. 26.

Produktmarkt ausrichten, indem Waren mit größeren Marktanteilen bevorzugt werden.¹⁾ Dieses Aktionsprinzip dient insbesondere dem Ziel, eine hohe Lagerumschlagsgeschwindigkeit zu erreichen; denn Artikel mit einem hohen Marktanteil am jeweiligen Produktmarkt schlagen sich i.d.R. schneller um als solche mit geringem Anteil. Zum anderen ist das Prinzip der Orientierung am "Vorverkauf" der fraglichen Präparate anzuwenden, wobei sich beide Grundsätze komplementär zueinander verhalten. Der Marktanteil eines Produktes ist nämlich auch Ausdruck des Erfolgs der Marketingaktivitäten des Produzenten im Vergleich zu seinen Konkurrenten und damit wesentliches Beurteilungskriterium für stark "vorverkaufte" Markenartikel, die keine Verkaufsunterstützung mehr benötigen.²⁾ Besondere Bedeutung erlangt die Orientierung am Vorverkauf von Produkten der genannten Art vor allem dann, wenn der Nachfrage häufig Impulskaufakte zugrunde liegen; denn beispielsweise massive Herstellerwerbung unterstützt sicherlich Impulskäufe.

(3) Da sich auch viele Mitanbieter (insbesondere Drogeriemärkte) bei sortimentspolitischen Entscheidungen häufig an das Kriterium des Produktmarktanteils halten, kann das Prinzip der Orientierung am Verhalten von Mitanbietern nur durch eine Anpassung an diese konkretisiert werden.³⁾ Die auf

1) Zahlen über Marktanteile einzelner Markenartikel und Packungsgrößen in verschiedenen Regionen werden in kurzen Abständen von Marktforschungsinstituten veröffentlicht, sodaß hier ein relativ einfach zu handhabendes Entscheidungsinstrument zur Verfügung steht, (vgl. auch Hansen, Einzelhandelsmarketing, S. 219). Konkrete Zahlen für eine Reihe von Märkten des Gesundheitspflegesortiments finden sich etwa bei: Spiegel-Verlag (Hrsg.) Spiegel-Dokumentation: Kauf-, Konsum- und Kommunikationsverhalten der Bundesbevölkerung, Bd. 3, Hamburg 1976, insbesondere S. 6/7 ff. So vereinigen beispielsweise auf dem Zahnpastamarkt fünf Marken, die problemlose, zur allgemeinen, täglichen Zahnhygiene dienende Präparate umfassen, einen Anteil von ca. 60 % am Gesamtmarkt auf sich. Für den Apotheker ist es zur weitgehenden Erreichung seiner vor allem gesundheitspolitischen, erwerbsmäßigen und kundenpolitischen Zielsetzungen ausreichend, entsprechend seinem zur Verfügung stehenden Raum die drei bis fünf marktanteilsgrößten Marken in das Sortiment aufzunehmen (vgl. o.V.: Zahnpasta-Markt - wo liegen die Hauptfehler? In: AP, 2.Jg.(1980), Nr. 5, S. 8). Andere Überlegungen sind dagegen bei berarungsbedürftigen Zahnpasten, die bei Vorliegen einer medizinischen Indikation angewendet werden, anzustellen (vgl. zu diesem Warentyp S.202ff.).

2) Vgl. auch Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 218 f.

3) Zur Sortimentsanpassung vgl. Gümbel: Wareneinzelhandel, S. 250 ff.; siehe zu dem genannten Prinzip auch Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 217.

den genannten Teilmärkten bestehenden allgemeinen Standards dürfen von Apotheken nicht ignoriert werden, wenn nicht negative Auswirkungen auf die Umsätze in Kauf genommen werden sollen.¹⁾ Eine Kreation eigener Produktstandards kann wegen der Höhe der hierfür aufzuwendenden Mittel nicht vorgenommen werden. Vorteile der Anpassung bieten sich in erster Linie für Apotheken in ländlichen Räumen und in städtischen Randzonen, die in ihrem Bedarfsgebiet ohne direkte Konkurrenz zu Betrieben und Betriebsformen anderer Branchen stehen; denn sie müssen die Einhaltung der gegebenen Standards auf einzelnen Produktmärkten nicht mit härterem Wettbewerb "erkaufen".

(4) Nach dem Prinzip der Orientierung an saisonalen Wechseln können auf jahreszeitliche Schwankungen abgestimmte sortimentspolitische Aktionsangebote durchgeführt werden. Hierfür eignen sich bei dem behandelten Warentyp insbesondere Sonnen- und Insektenschutzmittel.

- Freiwahlgeeignete Waren des konsumentengruppenspezifischen Bedarfs

Waren des genannten Typs sind auf die Befriedigung von Bedarfen ausgerichtet, die in ganz bestimmten Konsumentenschichten auftreten, wobei zu deren Abgrenzung vor allem soziodemographische Daten herangezogen werden können.²⁾ Aufgrund der spezifischen Ausprägung der gemeinten Bedarfe treibt ein großer Teil der Bedarfsträger aktive Informationssuche zur Reduzierung von Kaufrisiken.³⁾ Dabei kann einerseits der Apotheker ein erwünschter Berater sein, andererseits besitzt der Kunde möglicherweise durch umfangreiche Kommunikation mit anderen Informationsquellen bereits einen so hohen Kenntnisstand, daß eine Beratung durch den Apotheker weder notwendig noch gewollt

1) Daten über das Verhalten von Mitangebietern können nur durch empirische Konkurrenzforschung ermittelt werden (vgl. hierzu S.95 ff. dieser Arbeit). Anhaltspunkte geben auch veröffentlichte Betriebsvergleiche, die differenzierte Sortimentsanalysen enthalten (vgl. etwa o.V.: Standortabhängiges Sortiment: Körperpflege und Kosmetik. In: selbstbedienung und supermarkt 3/1973, S. 12 ff.

2) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 67 dieser Arbeit.

3) Vgl. hierzu v. Rosenstiel/Ewald, Bd. I, S. 100 f.

ist. Die gemeinten Waren sind daher vor allem dadurch gekennzeichnet, daß ihre Problemlosigkeit bzw. Erklärungsbedürftigkeit zwischen verschiedenen Konsumentengruppen differiert. Deshalb muß eine Wahlmöglichkeit zwischen Selbst- und Fremdbedienung bestehen, was durch das Bedienungsprinzip der Freiwahl erreicht wird.¹⁾ Im einzelnen sind zu diesem Warentyp vor allem Kindernähr- und -pflegemittel, diätetische Lebensmittel des täglichen Bedarfs (Süßstoffe, Fruchtsäfte, ballaststoffreiche Kost wie Kleie, Leinsamen)²⁾ sowie allgemeine Hautpflegemittel zu rechnen.

(1) Wesentliches Gestaltungsprinzip für den beschriebenen Warentyp ist eine Orientierung an verschiedenen Typen von Bedarfsträgern. Grundlage hierfür sind Informationen über Anzahl und Kaufverhalten der Konsumenten in den relevanten Marktsegmenten im jeweiligen Bedarfsgebiet. Außerdem muß darauf geachtet werden, daß diesen Kunden eine Deckung komplementärer Bedarfe in einem einzigen Einkaufsgang ermöglicht wird.³⁾

(2) Orientiert man sich bei sortimentspolitischen Entscheidungen in diesem Bereich am Verhalten der Hersteller der jeweiligen Markenartikel, so muß der bereits beschriebene Grundsatz angewendet werden, vor allem "vorverkaufte" Produkte auszuwählen. Informationen von Bedarfsträgern rühren nämlich zum großen Teil aus den Marketingaktivitäten der Produzenten her, so daß viele Kunden in erster Linie ihnen bekannte Marken verlangen. Daher können auch hier Daten über die Marktanteile einzelner Sorten und Artikel am jeweiligen Produktmarkt wesentliche sortimentspolitische Entscheidungskriterien sein.⁴⁾ Zu beachten

1) "Freiwahl ist eine Verkaufsmethode im Handel, bei der der Kunde zwischen Bedienung und Selbstbedienung wählen kann" (Kommission zur Förderung der handels- und absatzwirtschaftlichen Forschung, op.cit., S.20).

2) Vgl. zu diesem Teilmarkt die ausführliche Analyse bei: o.V.: Schlankheits- und Diätkost: Ran an den Speck! In: AP, 3.Jg. (1981), Nr. 5, S. 12 und S. 27 (Zitierweise: Schlankheits- und Diätkost).

3) Vgl. auch S. 187 dieser Arbeit.

4) Vgl. hierzu z.B. die Marktanalyse über Süßstoffe bei: o.V.: Schlankheits- und Diätkost, S. 12, wo eine Sortimentsbeschränkung auf zwei bis maximal drei umschlagstarke Artikel empfohlen wird.

ist allerdings die Gefahr von Konflikten bei der Beratung, wenn die vom Hersteller betriebene Werbung beim Verbraucher Vorstellungen über ein Produkt erzeugt, die Leistungszielen von Apothekern, wie z.B. einer sachlichen Aufklärung über Vorteile und Risiken des fraglichen Produkts, zuwiderlaufen.¹⁾ In einem solchen Fall ist besser auf Präparate zurückzugreifen, für deren Markterschließung dem Apotheker eigene Spielräume überlassen worden sind.

(3) Das Prinzip der Orientierung an Mitanbietern ist bei dem genannten Warentyp differenziert zu konkretisieren. Eine Strategie der Anpassung muß dann gewählt werden, wenn festgefügte Standards auf Produktmärkten bestehen, d.h. nur wenige Sorten einen Großteil des Umsatzes auf sich vereinen. Dies trifft vor allem auf die Warenart Kindernahrung zu. Hier erscheint allein eine Partizipation an den Marktsegmenten von Mitanbietern geboten.²⁾ Eine Strategie der Abgrenzung ist möglich, sofern vertriebsgebundene (exklusive) Produkte in einzelnen Warenarten existieren, die aufgrund einer massiven Vertriebsunterstützung durch den Hersteller auf dem jeweiligen Produktmarkt wettbewerbsfähig sind. Dies gilt z.B. für einige diätetische Marken und Fruchtsäfte.³⁾

Weiterhin kann auch das Prinzip der Abstimmung mit Wettbewerbern verwirklicht werden, um eine direkte Konkurrenz im eigenen Marktfeld zu vermeiden.⁴⁾ Dabei bleiben Vorteile, die bestimmte Mitanbieter in einzelnen Warenarten, beispielsweise aufgrund besonderer fachlicher Qualifikationen des Personals, besitzen, unangetastet.⁵⁾ Hierfür sind allerdings Absprachen

1) Vgl. hierzu auch schon S. 176 dieser Arbeit.

2) Vgl. hierzu allgemein Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 217.

3) Dabei muß die Vertriebsbindung nicht allein auf Apotheken beschränkt sein. Im wettbewerblichen Interesse ist nur wichtig, daß sogenannte Billiganbieter (z.B. Drogeriediscountmärkte) ausgeschlossen bleiben.

4) Vgl. zu diesem Prinzip Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 217.

5) Vgl. ibid., S. 217.

oder laufende Beobachtungen der Konkurrenz notwendig, weshalb diese Vorgehensweise lediglich für Apotheken untereinander praktikabel erscheint.

(4) Eine Orientierung an saisonalen Wechsellagen läßt sich für den genannten Warentyp nur in geringem Umfang verwirklichen, da geeignete Produkte weitgehend fehlen.

- Beratungsbedürftige Waren des Individualbedarfs

Der dritte der hier unterschiedenen Warentypen umfaßt erklärungsbedürftige Produkte, für die der Apotheker eine besondere Sachkenntnis besitzt. Ein Bedarf an solchen Präparaten tritt bei einzelnen Konsumenten, die für die Lösung ihres Problems i.d.R. kaum Informationen besitzen und ein hohes Kaufrisiko empfinden, periodisch oder aperiodisch auf.¹⁾ Die hier gemeinten Waren dienen häufig medizinisch indizierten Therapien. Es handelt sich insbesondere um Schlankheitsdiätetika, spezifische Diabetikerprodukte,²⁾ pflegende Kosmetika (vor allem solche mit medizinisch-dermatologischer Wirkung)³⁾, Verband- und Krankenpflegemittel, medizinische Geräte (z.B. zum Messen des Blutdrucks)⁴⁾ und Tees.

(1) Auch für diesen Typ von Waren ist das Sortiment grundsätzlich auf die Bedürfnisse bestimmter Konsumentenzielgruppen auszurichten. Eine Selektion von Marktsegmenten ist allerdings schwieriger als bei den Waren des zweitgenannten

-
- 1) Das Bedienungssystem soll in diesem Fall nicht als typbildendes Merkmal mit herangezogen werden, da trotz Beratungsbedürftigkeit die Möglichkeit der Selbstbedienung für informierte Kunden nicht ausgeschlossen werden soll. Grundsätzlich scheint daher die Freiwahl als Verkaufsförm möglich.
 - 2) Vgl. zu diesen beiden Warenarten o.V.: Schlankheits- und Diätkost, S. 12 und S. 27.
 - 3) Einen Schwerpunkt in diesem Bereich bilden exklusive Kosmetikserien. Außerdem muß die Indikation der jugendlichen Problemlaut explizit erwähnt werden. Über Chancen und absatzpolitische Aktivitäten auf diesem letztgenannten Teilmarkt vgl. o.V.: Jugendliche Hautprobleme - Eine Chance für den Apotheker. In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 7, S. 21.
 - 4) Vgl. zu dem Teilmarkt der Blutdruckmeßgeräte die ausführliche Marktanalyse bei o.V.: Blutdruckmeßgeräte: Für Apotheken ist da noch jede Menge drin! In: AP, 3.Jg. (1981), Nr. 2, S. 11 f.

Typs, da nur teilweise soziodemographische Daten zur Zielgruppenbildung herangezogen werden können, so daß auf psychographische Kundenmerkmale zurückgegriffen werden muß. Die Sortimentstiefe dieser Warenarten, d.h. das Angebot verschiedener Artikel der gleichen Warenart, ist entsprechend dem Prinzip der Bedürfnisorientierung jedenfalls erheblich ausgeprägter zu gestalten als bei selbstbedienungs- und freiwahlgeeigneten Waren, da individuelle Problemlösungen nur mit einem weitgefächerten Angebotsspektrum abzudecken sind. Insbesondere sind unterschiedliche Preislagen zu berücksichtigen.¹⁾

(2) Das Prinzip der Orientierung am Verhalten von Lieferanten ist so zu konkretisieren, daß schwerpunktmäßig Produkte solcher Hersteller geführt werden, die dem Apotheker selbst weitgehend die Aufgabe der Markterschließung und -erhaltung überlassen.²⁾ Wesentlicher Teil der Leistungsgestaltung für Waren dieses Typs ist nämlich die fachliche Beratung, die in der Apotheke aber nur dann effizient und zieladäquat durchgeführt werden kann, wenn dem hiermit beauftragten, fachkundigen Personal individuelle Spielräume verbleiben, die bei sogenannten "vorverkauften" Produkten kaum bestehen.³⁾ Ein wichtiges Kriterium der Markenwahl bildet für den Apotheker in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeit, Personal von den fraglichen Produzenten fachlich schulen zu lassen. Dies ist insbesondere für Kosmetika von Bedeutung, wenn mit Parfümerien konkurriert werden muß.

(3) Im Hinblick auf eventuelle Mitanbieter ist bei der Artikelwahl von Waren dieses Typs eindeutig eine Strategie der Abgrenzung zu wählen, und zwar insbesondere eine Abhebung von Betrieben anderer Branchen. Dies erfordert schon die Bedeutung der Fachberatung, die Konkurrenten in anderen Branchen nicht gleichermaßen bieten können. Wesentliches praktisches Entscheidungskriterium bildet hierbei die langfristige Vertriebsbindung von Markenartikeln "exklusiv" an Apotheken.

1) Vgl. hierzu beispielsweise o.V.: Blutdruckmeßgeräte, S. 11.

2) Vgl. hierzu allgemein Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 219 f.

3) Dabei ist durchaus Produkten der Vorzug zu geben, die vom Hersteller eine intensive Verkaufsunterstützung erfahren. Die Werbeaussage muß allerdings auf den Angebotsort (Apotheke) gerichtet sein und die fachliche Beratung des Apothekers betonen.

Hierbei sollte jedoch im Hinblick auf den Hersteller geprüft werden, ob dieser nicht in der Vergangenheit die Vertriebsbindung nur dazu benutzt hat, neu eingeführten Produkten ein qualitativ hochwertiges Image zu vermitteln und dann nach Erreichung dieses Ziels auch über andere Vertriebswege verkauft hat. Waren solcher, nicht "apothekentreuer" Hersteller sind langfristig ungeeignet, Ziele des Apothekers erfüllen zu helfen.

(4) Besonders verkaufsfördernd könnte bei diesem Warentyp auch ein saisonal konzentriertes Angebot bestimmter Warenarten wirken. Hierbei ist z.B. an Tees zu bestimmten Jahreszeiten oder an Verbandmittel zur Auffüllung der Reiseapotheke in der Urlaubszeit gedacht.

d. Strategien einer imagekonformen Sortimentsgestaltung

Um einzelne Handlungsmöglichkeiten aufeinander abzustimmen und so zu einem praktikablen, einheitlichen Handlungsprogramm zu gelangen, sind die bisher erarbeiteten operativen Aktionsprinzipien zu einer Strategie oder zu mehreren (alternativen) Strategien zu kombinieren.¹⁾ Als Maßstab wird hierbei das (Produkt-)Image der jeweiligen Waren herangezogen und auf seine Vereinbarkeit mit einem gegebenen oder angestrebten (Betriebs-)Image der Institution Apotheke überprüft.^{2) 3)} Aufgrund seiner ganzheitlichen Ausstrahlungswirkung auf Kunden ist das Image nämlich dafür verantwortlich, daß diese vereinfachte Produkt- und Geschäftsurteile abgeben.⁴⁾ Zwar wird nicht jeder Ver-

1) Vgl. zu dieser Arbeitsweise allgemein S. 142 f. dieser Arbeit.

2) Zur Messung von Produktimages und ihrer etwaigen Divergenzen vgl. z.B. Wachtel, Hans W.: Marktgerechte Produktgestaltung, Gernsbach 1974, S. 168 ff.; siehe auch v. Rosenstiel/Ewald, Bd. II, op.cit., S. 38 ff. Zur Messung von Geschäftsimagen vgl. Bergler, op.cit., insbes. S. 68 ff.

3) Beziehungen zwischen Geschäfts- und Produktimages zeigt auch Heinemann, op.cit., S. 167 f., auf.

4) Vgl. ähnlich v. Rosenstiel/Ewald, Bd. I, op.cit., S. 38. Zur Bedeutung des Produktimages bei der Kaufentscheidung von Konsumenten siehe etwa Kapferer, Clodwig/Disch, Wolfgang K.A.: Absatzwirtschaftliche Produktpolitik, Köln-Opladen 1967, S. 115 f.; vgl. hierzu auch Johannsen, op.cit., insbes. Sp. 816 f.

braucher exakt das gleiche Vorstellungsbild von einem Produkt oder einem Unternehmen besitzen; das Image weist "i.d.R. jedoch eine gewisse einheitliche Struktur innerhalb bestimmter Gruppen von Konsumenten auf."¹⁾ Wichtig ist daher eine möglichst exakte Definition des Marktsegments, das mit dem fraglichen Produktprogramm angesprochen werden soll. Für Apotheken läßt sich dabei ein regionales, teilweise auch ein patientenschichtenspezifisches Segment abgrenzen.²⁾

Sollen Darbietungs- und Erwerbsziele erreicht werden, so muß letztlich der Widerstand von Verbrauchern gegenüber der Wahl einer Apotheke als Einkaufsstätte reduziert werden.³⁾ Diese Absicht ist nur dann zu verwirklichen, wenn es dem Apotheker gelingt, dem bisher weithin bestehenden faktischen Apothekenimage den Charakter des Kranken, Sterilen, Kalten, Unpersönlichen und Teueren zu nehmen und Attribute wie Gesundheit, Heilung, Natur, Schönheit, Wärme, Preiswürdigkeit etc. zu vermitteln. Dementsprechend müssen auch die Waren des präsenten Angebots Eigenschaften dieser Art aufweisen. Ein "Fachgeschäft für Gesundheitspflege" darf nicht nur risikobehaftete, exklusive Artikel mit medizinisch-pharmakologischen Wirkungen führen, die allein beim Vorliegen von Krankheitssymptomen angewendet werden.⁴⁾ Daher sind auch selbstbedienungsadäquate Waren des täglichen Bedarfs geeignet, die soziale Akzeptanz der Apotheke als Einkaufsstätte für "Gesundheit" im weitesten Sinn zu steigern.⁵⁾

1) Kapferer/Disch, op.cit., S. 120; vgl. auch v. Rosenstiel/Ewald, Bd. I, op.cit., S. 45.

2) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 67 ff. dieser Arbeit.

3) Zur Systematisierung von Kaufwiderständen bei Konsumenten und dem Ziel ihrer Überwindung vgl. Mielenhausen, op.cit., S. 195 ff.

4) Schon im Jahre 1934 wies Falk, op.cit., S. 68, auf die Notwendigkeit für den Apotheker hin, dem Publikum deutlich zu machen, daß er nicht nur für Kranke, sondern auch für Gesunde da sei.

5) So sieht etwa Haas, op.cit., S. 87, auch im Bereich der täglichen Körperpflege Präferenzen für die Apotheke als Einkaufsstätte.

Diese Ausführungen wollen den Apotheker allerdings nicht von seiner vordringlichen Aufgabe der fachlichen Gesundheitsberatung ablenken. Das Schwergewicht der Apotheke liegt - auch im Bereich des Ergänzungssortiments - nach wie vor bei erklärungsbedürftigen Waren des individuellen Bedarfs.¹⁾ Um den Anforderungen gerecht zu werden, die ein Vertrieb solcher Waren stellt, besitzt der Apotheker nämlich die geeignete Ausbildung. Sie ist ein wesentliches Element seines Berufsimages, und ihre praktische Anwendung fordert auch das für Apotheken geltende Führungsprinzip der Ausübung des Apothekerberufes.²⁾ Daher darf es durch eine übersteigerte Intensivierung problemloser Waren des täglichen Bedarfs keinesfalls dazu kommen, daß Leistungsziele bei beratungsbedürftigen Präparaten oder gar bei Arzneimitteln vernachlässigt werden; denn dies würde zu einer Schlechtererfüllung der gesundheitspolitischen Aufgaben führen und die Notwendigkeit einer akademischen Ausbildung für Apotheker in Frage stellen.

Aufgrund des engen Nachfrageverbundes, der zwischen den drei hier unterschiedenen Warentypen herrscht, ist letztlich eine sortimentspolitische Strategie der differenzierten Diversifikation des Leistungsprogramms zu wählen.^{3) 4)} Wesentlich ist hierbei, daß eine klare Abgrenzung sachlicher, räumlicher und

1) Für Drogerie-Fachgeschäfte wird ein Anteil von mindestens 60 % beratungsbedürftiger Artikel im Sortiment gefordert (vgl. o.V.: Vitamin "d", S. 26). Angesichts der besonderen Bedeutung der Gesundheitsberatung sollte der Anteil des genannten Warentyps innerhalb des Ergänzungssortiments von Apotheken noch höher liegen.

2) Vgl. S. 40 ff. dieser Arbeit.

3) Zur Diversifikation als Strategie vgl. allgemein Sabel, Hermann: Absatzpolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 80.; Meffert: Marketing, op.cit., S. 37; Raffée: Führungskonzeption, S. 10.

4) Vgl. zu einer solchen Strategie im Nebensortiment von Apotheken auch Haas, op.cit., S. 99 f. Auch Tietz empfiehlt dem Einzelhandel die Strategie einer Mischung von Selbstbedienungsbereichen und Servicebereichen (vgl. Tietz, Bruno: Zukunftsperspektiven des europäischen Einzelhandels. In: Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz und Handel der Hochschule St. Gallen, Heinz Weinhold-Stünzi, Zürich 1978 (Zitierweise: Zukunftsperspektiven), S. 378).

kommunikativer Art zwischen beratungsbedürftigen, freiwahlgeeigneten und problemlosen Waren vorgenommen wird. Eine Vermischung dieser Produkttypen vor allem hinsichtlich Beratungsintensität, Präsentation und Preisgestaltung kann dazu führen, daß das Publikum auch die Arzneimittelabgabe zunehmend als einen problemlosen Verkauf ansieht, was für die Erreichung von Darbietungszielen, insbesondere von Lenkungszielen, sehr gefährlich werden könnte.

Die eben skizzierte Strategie der Diversifikation kann grundsätzlich in allen Apotheken der Bundesrepublik Deutschland verwirklicht werden. Über Schwerpunkte, die hierbei in einzelnen Warengattungen aufgrund marktfeldspezifischer Bedingungen gesetzt werden müssen, ist ausführlich gesprochen worden. Sollten die Konkurrenzverhältnisse einen Verzicht auf ganze Warenarten nahelegen, wie z.B. bei enger Nachbarschaft zu Drogeriemärkten, kann die sortimentspolitische Strategie dahingehend variiert werden, daß eine konzentrierte Diversifikation auf wenige Warenarten erfolgt. Diese müssen dann eine ausgeprägte Sortimentstiefe aufweisen und durch kommunikative sowie organisatorische Maßnahmen besonders gepflegt werden.

Das "Gesundheitspflegesortiment" ist (noch) kein absatzpolitischer Zwang. In Einzelfällen kann daher auch eine Strategie der Ablehnung von Waren, die keine Arzneimittel sind, zieladäquat sein. Verzichtet ein Apotheker aus persönlichen, standespolitischen oder sonstigen Gründen völlig auf die Führung eines Ergänzungssortiments, oder wird er durch aggressiven Wettbewerb mächtiger Konkurrenten im eigenen Marktfeld hierzu gezwungen, sollte er allerdings den Verlust in der Breite seines Absatzprogramms durch intensiven Einsatz anderer absatzpolitischer Instrumentvariablen (z.B. aus dem Bereich der Angebotsorganisation) auszugleichen versuchen. Weiterhin gewinnt er möglicherweise Präferenzen beim Publikum durch eine Betonung der individuellen Gestaltung eigener spezifischer Sach- und Dienstleistungen.

C. PRODUKTGESTALTUNG

1. Die Bedeutung der Produktgestaltung im Rahmen des Leistungsprogramms von Apotheken

Im Bereich der Warenproduktion ist prinzipiell zwischen der Gestaltung und der Herstellung eines Gutes zu unterscheiden.¹⁾ "Während die Herstellung ein technisch-ökonomischer Vorgang ist",²⁾ umfaßt die Gestaltung alle jene betrieblichen Entscheidungen, welche die angebotene Leistung insoweit bestimmen, "als sie akquisitorisch wirksam ist."³⁾ Hierzu gehören auch funktionale Leistungsmerkmale, die sich im Bewußtsein von Konsumenten mit akquisitorischen Aspekten zu einer Einheit verbinden,⁴⁾ so weit sie für Verbraucher evident sind. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit interessieren jedoch nicht pharmazeutisch-technische Prozesse der Sach- und Dienstleistungsproduktion, sondern die Gestaltung von Produkten.

Das selbstgefertigte Leistungsprogramm einer Apotheke erstreckt sich auf die Produktion von Sachgütern (und daran gekoppelte Dienste, wie etwa die Beratung) sowie auf eigenständige Dienstleistungen.⁵⁾ Die Produktgestaltung bzw. -politik umfaßt damit im einzelnen einerseits jene unternehmerischen Handlungsmöglichkeiten der absatzpolitischen Marktbildung und -beeinflussung, die sich auf die akquisitorisch wirksamen Eigenschaften einer Ware einschließlich ihrer Verpackung, Markierung und Ausstat-

1) Vgl. Kalussis: Absatzpolitik, S. 66 f.

2) Ibid, S. 66.

3) Sabel, Hermann: Produktpolitik in absatzwirtschaftlicher Sicht, Wiesbaden 1971, S. 26; vgl. hierzu auch Kalussis: Absatzpolitik, S. 66 f.

4) Vgl. Gutenberg: Der Absatz, S. 508.

5) Diese Differenzierung impliziert, daß der Handelsbetrieb nicht dem Dienstleistungsbetrieb schlechthin gleichgesetzt wird. Die Dienstleistung wird von der Sachleistung vielmehr nach dem dominierenden Betriebsfaktor unterschieden, wobei im ersteren Fall die menschliche Arbeit, im zweiten Fall Betriebsmittel und Ware dominieren (so auch Hansen, Ursula/Algermissen, Joachim: Handelsbetriebslehre 2, Göttingen 1979; vgl. hierzu auch Schenk, Hans-Otto: Handelsmarketing. In: Falk, Bernd (Hrsg.), Dienstleistungs-marketing, Landsberg am Lech, S. 31 ff.).

tung mit Informationen beziehen,¹⁾ andererseits Aktivitäten, die sich auf absatzwirtschaftlich relevante Merkmale eigenständiger Dienstleistungen richten.²⁾

Im Gegensatz zu den meisten anderen Einzelhandelsbetrieben stellen Apotheken in einem gewissen Umfang selbst Produkte her. Ihre sachleistungsbezogene Eigenfertigung kann grundsätzlich in Rezeptur und Defektur differenziert werden. Rezepturen werden allein nach genauer Vorschrift eines verordnenden Arztes unter Beachtung pharmazeutisch-technischer Richtlinien angefertigt. Die Defektur umfaßt neben der Prüfung von Arzneimitteln auch die Zubereitung von Medikamenten nach Vorschriften des Arzneibuches und anderer Anweisungen oder nach Hausrezepten im Laboratorium.³⁾

Auch auf dem Gebiet der Gestaltung eigenständiger Dienstleistungen, die nicht zwangsläufig in direktem Zusammenhang zu Waren stehen,⁴⁾ nehmen Apotheken im Vergleich zu anderen Einzelhandelsbetrieben eine Sonderstellung ein; denn dieses Tätigkeitsfeld bietet dem Apotheker erhebliche unternehmerische Freiheitsspielräume. Es handelt sich bei den genannten Dienstleistungen hauptsächlich um Beratungsleistungen sowie gesundheitliche Kontroll- und Präventivmaßnahmen.

1) Die Elemente Verpackung und Markierung werden explizit u.a. von Hansen (Einzelhandelmarketing, S. 240) genannt (vgl. auch Hansen/Leitherer: Produktgestaltung, S. 15).

2) Der Produktbegriff wird in der vorliegenden Arbeit somit auf Dienstleistungen ausgeweitet (so z.B. auch Gutenberg: Der Absatz, S. 508 f.; Kotler: Nonprofit-Organisationen, S. 164); er umschließt jedoch nicht sämtliche immateriellen Zusatzelemente zu einem technologischen Sachgut (wie z.B. bei Kapferer/Disch, op.cit., S. 11 ff.).

3) Vgl. hierzu Kaiser, Hans (Hrsg.): Der Apothekerpraktikant. Lehrbuch für die Ausbildung des deutschen Apothekerpraktikanten, 7. Aufl., Stuttgart 1957, S. 15.

4) Damit wird deutlich, daß es sich bei den gemeinten Dienstleistungen nicht um Sekundärleistungen handelt, wie sie etwa Hammann von Sachleistungen als Primärleistungen abgrenzt (vgl. Hammann: Sekundärleistungspolitik als absatzpolitisches Instrument, S. 135 ff.; siehe auch Pfohl, Hans-Christian: Zur Formulierung einer Lieferservicepolitik: Theoretische Aussagen zum Angebot von Sekundärleistungen als absatzpolitisches Instrument. In: ZfbF, 29.Jg. (1977), S. 241), sondern um selbständige "Hauptleistungen", die gleichwohl im Verbund mit Sachgütern nachgefragt werden können.

Als eine Funktion von Einzelhandelsbetrieben wird die Produktgestaltung im allgemeinen nur verstanden, insoweit diese Betriebe sogenannte Manipulations- oder Veredelungsleistungen an Produkten erbringen, wobei es hierbei insbesondere darum geht, Waren konsumreifer zu machen.¹⁾ Derartige Aktivitäten sind in Einzelhandelsbetrieben im Verlauf der industriellen Entwicklung immer weiter zurückgedrängt worden.²⁾

Besonders deutlich tritt diese Evolution im Bereich des Arzneimittelwesens in Erscheinung. Während die Wurzel des Apothekenwesens im Handwerk begründet liegt und noch im Jahre 1928 der Anteil der Rezeptur am Gesamtumsatz einer Durchschnitts-apotheke ca. 23 % betrug,³⁾ entfällt auf selbstproduzierte Präparate heute nur noch ein Anteil von ca. 1 %.⁴⁾ Dieser Rückgang der Eigenfertigung wird in Apothekerkreisen teilweise heftig beklagt, wobei die Mehrzahl der Apotheker der Meinung ist, daß er mit einem Ansehensverlust des Berufsstandes in der Öffentlichkeit einhergegangen sei.⁵⁾ Dennoch wird der Eigenproduktion überwiegend keine wachsende Bedeutung mehr zugeschrieben.⁶⁾

Mit einer Steigerung des Anspruchsdenkens der Konsumenten korrespondiert allerdings auch eine Bedeutungszunahme des Angebots individueller Problemlösungen. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens erscheint es angesichts der außerordentlich großen Zahl von Einzelbedürfnissen an therapeutischen und prophylaktischen Leistungen undenkbar, diese mit standardisierten Massenangeboten durchweg zufriedenstellend zu decken.⁷⁾ Diese Si-

1) Vgl. Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 241.

2) Vgl. ibid., S. 241.

3) Vgl. Kuhn, op.cit., S. 44.

4) Vgl. Menge: Betriebsvergleich, S. 1701.

5) Vgl. Maasberg, op.cit., S. 72 ff.

6) Vgl. ibid., S. 73 f.

7) Dies trifft beispielsweise auf Hautkrankheiten zu.

tuation kann für den Apotheker ein Ausgangspunkt sein, in einzelnen Marktnischen Produktideen für die Lösung individueller Gesundheitsprobleme zu entwickeln.¹⁾ Außerdem ist zu beachten, daß aufgrund der laufenden Ausweitung der Verschreibungspflicht und der zunehmenden Verweigerung der Kostenerstattung von Medikamenten durch die Krankenkassen die Selbstmedikation von Patienten und damit der Rückgriff auf "harmlose" Präparate, die vom Apotheker empfohlen werden können, an Bedeutung gewinnt.²⁾ Daher ist der Produktgestaltung nicht als einem zwangsläufigen, aber doch zusätzlich zu anderen Mitteln möglichen absatzpolitischen Eventual-Instrument von Apotheken an dieser Stelle zumindest periphere Aufmerksamkeit zu schenken.

2. Handlungsrahmen der Produktgestaltung

Handlungsbegrenzende Faktoren der Produktgestaltung in Apotheken lassen sich in unternehmensexterne und -interne Daten aufspalten. Zu den ersteren zählen vor allem die umfangreichen gesetzlichen Regelungen.³⁾ Der Apotheker bedarf zwar weder für die Anfertigung von Rezeptur-Arzneimitteln noch für die Herstellung von sogenannten Hausspezialitäten im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs einer Erlaubnis, sofern er die von ihm produzierten Spezialitäten nicht über den pharmazeutischen Großhandel oder durch gewerbliche Weitergabe an andere Apotheken vertreibt.⁴⁾ Hausspezialitäten sind jedoch zulassungspflichtige Arzneimittel. Sie dürfen ohne Genehmigung des Bundesgesundheitsamtes nur noch bis zum 31.12.1982 hergestellt und abgegeben

1) So empfiehlt auch Poth allgemein Handelsmarken auf den Bereich individueller Problemlösungsprodukte zu konzentrieren (vgl. Poth, Ludwig G.: Handelsmarketing durch Handelsmarken-Politik, Wiesbaden 1973 (Zitierweise: Handelsmarketing), S. 53).

2) Vgl. auch o.V.: Termin 1. Januar 1978 - Eigenherstellung was nun? In: DAZ, 117.Jg. (1977), S. 1956.

3) Vgl. hierzu einen Überblick bei Pfäffle, Melmar: Auswirkungen des Arzneimittelgesetzes auf die Apotheken ab 1. Januar 1978. In: DAZ, 117.Jg. (1977), S. 1758 ff.

4) Vgl. Schiedermaier/Pieck: Apothekengesetz, S. 106/2: siehe auch Pfäffle, op.cit., S. 1759.

werden.¹⁾ "Handelt es sich um eine Hausspezialität, die als Arzneyspezialität nach den Bestimmungen des AMG 1961 in das Spezialitätenregister eingetragen ist oder die sich am 1.9.1976 ... in Verkehr befand und zur Registrierung angemeldet war, dann gilt eine solche Hausspezialität als zugelassen und kann ohne Beschränkung auf die Übergangsfrist weiter hergestellt und in der Apotheke in Verkehr gebracht werden; ... Voraussetzung ist aber, daß die Hausspezialität bis zum 30.6.1978 dem BGA formblattmäßig angezeigt .. /wurde/.²⁾

Keine Hausspezialitäten sind solche Medikamente, die in einer Apotheke auf Grund häufiger, gleichbleibender ärztlicher oder zahnärztlicher Verschreibung angefertigt und vorrätig gehalten werden.³⁾ Erlaubt ist für derartige Rezepturarzneimittel jedoch nur eine Chargengröße bis zu einhundert abgabefertigen Packungen pro Tag.⁴⁾ Ohne Genehmigung können Arzneimittel hergestellt werden, die durch Rechtsverordnung von der Zulassungspflicht befreit worden sind (Standardzulassung).⁵⁾ Der Apotheker braucht auch unechte Hausspezialitäten nicht zur Zulassung anzumelden. Hierbei handelt es sich um Fertigarzneimittel "die in einer pharmazeutischen Fabrik auf Grund einer fabrikeigenen Rezeptur hergestellt und in einer Apotheke als Hausspezialität abgegeben werden".⁶⁾ Ihre Zulassung muß der eigentliche Hersteller betreiben. Auch die Produktion von Stada-Präpara-

1) Vgl. Schiedermaier/Pieck: Apothekengesetz, S. 106/2.

2) Ibid., S. 106/2.

3) Vgl. ibid., S. 106/3.

4) Vgl. § 21, Abs. 2, Nr. 1 AMG.

5) Vgl. hierzu § 36 AMG. Gegenwärtig sind die ersten Monographien im Entwurf erarbeitet worden, die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von solchen Arzneimitteln charakterisieren, die von der Pflicht zur Einzelzulassung freigestellt werden sollen (vgl. etwa o.V.: Monographie-Entwürfe für Standardzulassungen nach § 36 AMG. In: Pharm.Ztg., 126.Jg. (1981), S. 140 ff.).

6) Schiedermaier/Pieck, Apothekengesetz, S. 106/3.

ten¹⁾ ist ohne Probleme für den Apotheker möglich. Die Genehmigung solcher Pharmazeutika ist vom Herausgeber der Herstellungsvorschrift zu beantragen.²⁾ Anders verhält es sich jedoch dann, wenn Medikamente in einer pharmazeutischen Fabrik nach einer eigenen Rezeptur des Apothekers zubereitet werden.³⁾

Eine weitere Möglichkeit, die Zulassungspflicht zu umgehen, bietet die Herstellung "gängiger" Arzneimittel, wie z.B. Baldrian-tropfen, Borsalbe oder Franzbranntwein, wenn in der Weise verfahren wird, "daß das Etikett oder auch nur die Firma der Apotheke erst aufgeklebt werden, wenn ein Arzneimittel dieser Art von einem Kunden verlangt wird".⁴⁾ Es handelt sich dann nämlich nicht um ein Fertigarzneimittel.

Für die Eigenherstellung sind außerdem umfangreiche Vorschriften über die Deckungsvorsorge (Versicherung) der Produzentenhaftung zu beachten.⁵⁾ Im übrigen ist auf die Notwendigkeit zu verweisen, daß Arzneimittel jederzeit eine qualitativ einwandfreie Beschaffenheit aufzuweisen haben.⁶⁾ Handlungsspielräume hinsichtlich einer Unterschreitung von Qualitätsstandards (Qualitätsdifferenzierung) besitzt der Apotheker daher nicht. In diesem Zusammenhang sind auch allgemein anerkannte Regeln der pharmazeutischen Wissenschaft als handlungsbegren-

1) Hierbei handelt es sich um Präparate der Firma STALA AG, für deren Produktion jede Apotheke eine Lizenz erwerben kann. Die Gestaltung der genannten Medikamente ist jedoch sowohl von der chemisch-pharmakologischen Zusammensetzung her wie auch hinsichtlich Verpackung und Markierung genau fixiert. Zur Herstellung von Stada-Präparaten vgl. auch Haas, op.cit., S. 92 ff.

2) Vgl. § 21, Abs. 3 AMG.

3) Vgl. Schiedermaier/Pieck: Apothekengesetz, S. 106/3.

4) Ibid., S. 106/5.

5) Vgl. hierzu ausführlich Pfäffle, op.cit., S. 1759 ff.; Wartensleben, Herbert: Welcher Haftung unterliegt der Apotheker? In: AJ, H.8/1980, S. 12 ff.; siehe auch Schiedermaier/Pieck: Apothekengesetz, Blatt 106/3 ff.

6) Zur Problematik, hierbei dem "neuesten Stand der Wissenschaft" gerecht zu werden, vgl. etwa Kienle, op.cit., S. 339.

zende Faktoren zu nennen¹⁾, deren Einhaltung hohe gebrauchstechnische Qualitäten garantieren soll.

Unternehmensexterne Daten lassen sich weiterhin aus den jeweiligen Bedarfs- und Produktkonkurrenzstrukturen ableiten. So werden Eigenerzeugnisse langfristig nur dann unternehmerische Ziele erfüllen helfen, wenn sie geeignet sind, Bedarfe besser zu befriedigen, d.h. beim Konsumenten höheren Nutzen zu stiften als industriell gefertigte Massenwaren. Dies ist kaum möglich, wenn Präparate so gestaltet werden, daß sie in direkte Substitutionskonkurrenz zu einer Vielzahl bekannter Markenartikel treten.²⁾ Vielmehr sind Marktsegmente zu suchen, die (bisher) von großen Produzenten nicht oder nur wenig akquisitorisch bearbeitet worden sind. Dies gilt gleichermaßen für bedarfsadäquate Darreichungsformen von Medikamenten. Informationen hierfür kann u.a. die Sortimentspolitik bereitstellen.

Weitere wesentliche Daten für die Produktgestaltung stellen das pharmazeutisch-technische Wissen des jeweiligen Apothekers und seiner Mitarbeiter sowie der allgemeine pharmazeutisch-technologische Fortschritt dar.³⁾ Unternehmensintern bilden vor allem sächliche und personelle Kapazitäten sowie finanzielle Möglichkeiten ihrer Erweiterung einen eng begrenzten Rahmen für die Eigenherstellung. Sie ist häufig schon wegen der kleinen Produktionsräume nur in geringem Umfang möglich. Gleichzeitig muß jedoch festgestellt werden, daß die meisten Apotheken produktive Möglichkeiten, die ihnen das Vorhandensein eines Laboratoriums bietet, völlig unausgenutzt lassen.

1) So z.B. die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Richtlinie für die Herstellung und Qualitätskontrolle von Arzneimitteln (CMP), abgedruckt in: Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 220 ff.

2) Aufgrund der gerade bei Medikamenten besonders ausgeprägten Markentreue von Konsumenten (vgl. hierzu Kroeber-Riel: Konsumentenverhalten, S. 355) werden nur wenige "Markenwechsler" zu gewinnen sein.

3) Vgl. allgemein Tietz: Marketing, S. 231; zur Bedeutung des technischen Wissens und Fortschritts für die Produktpolitik vgl. Sabel: Produktpolitik in absatzwirtschaftlicher Sicht, Wiesbaden 1971, S. 19 ff.

3. Ziele der Produktgestaltung

Spezifische produktpolitische Ziele können aus sämtlichen Oberzielkategorien von Apotheken abgeleitet werden.¹⁾ So bestimmen möglicherweise Leistungsziele direkt die Maßnahmen der Produktgestaltung. Dabei wird oft das Bestreben genannt, "Produkte in der Weise zu gestalten, daß sie einem bestehenden Bedarf in optimaler Weise entsprechen".²⁾ Dagegen ist das Ziel, Bedarfe durch Produktpolitik zu beeinflussen,³⁾ für eine einzelne Apotheke nur schwer zu verwirklichen, obwohl seine Verfolgung von Beeinflussungszielen gefordert sein kann. Diese Aussagen gelten sinngemäß für die Gestaltung eigenständiger Dienstleistungen.

Die Produktgestaltung hat auch einen Beitrag zur Erreichung von Erwerbszielen zu leisten. Zwar sind Kostenvorteile der industriellen Massenproduktion für den Apotheker nicht aufzuholen; eine gezielte Eigenproduktion weniger Präparate in ausgewählten Marktsegmenten vermag aber durchaus eine angemessene Rentabilität des hierfür eingesetzten Kapitals zu gewährleisten.⁴⁾ Umsatz- und Wachstumsziele können u.a. durch spezifische kundenpolitische Zielsetzungen, die der Apotheker mit der Anfertigung von Hausspezialitäten verfolgt, konkretisiert werden. So gewinnt er möglicherweise Stammkunden durch eine Bindung an Präparate, die nur er selbst herstellt.⁵⁾ Dabei steht die Imagebildung als Zielsetzung im Vordergrund; denn die Einstellungen von Kunden zu einer Apotheke können wesentlich z.B. durch die Art, Qualität, Verpackung, Markierung von selbsterzeugten Präparaten beeinflusst werden.⁶⁾ Hierbei ist gleichermaßen

1) Vgl. zur Ableitung von produktpolitischen Zielen aus unternehmerischen Oberzielen allgemein etwa Bidlingmaier: Marketing 2, S. 234 ff.

2) Hansen/Leitherer: Produktgestaltung, S. 47; siehe auch Kapferer/Disch, op.cit., S. 43.

3) Vgl. hierzu Hansen/Leitherer: Produktgestaltung, S. 47 f

4) Vgl. etwa o.V.: Drei Aspekte entscheiden über das Wohl und Wehe! In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 7, S. 3; vgl. hierzu auch Haas, op.cit., S. 97 f.

5) Zur Bedeutung von Eigenmarken für die Erzielung von Kundentreue vgl. etwa Heinemann, op.cit., S. 255 f.

6) Zum Image als Zielsetzung der Produktgestaltung vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 242 f.; Bidlingmaier: Marketing 2, S. 236 f.; siehe auch Gutenberg: Der Absatz, S. 532.

an die Gestaltung selbständiger Dienstleistungen zu denken.

Nicht zuletzt sind persönliche Bestrebungen für eine Eigenproduktion zu nennen. So kann sich der Apotheker einerseits aus Gründen der Berufsausübung seiner ursprünglich wichtigsten Funktion, nämlich der Zubereitung von Medikamenten, wieder zuwenden und damit außerökonomische Zielsetzungen verwirklichen.¹⁾ Andererseits wird möglicherweise das gesellschaftliche Ansehen des Apothekerberufes gehoben, wenn der Apotheker nicht mehr lediglich als Erfüllungsgehilfe der pharmazeutischen Industrie, sondern als kreativer Produzent eigener individueller Problemlösungen angesehen wird. So mehren sich gerade in letzter Zeit Stimmen, die eine zumindest teilweise Rückbesinnung des Apothekers auf seine eigentliche Aufgabe der Arzneimittelherstellung fordern.²⁾

4. Operative Handlungsprinzipien der Gestaltung von Sachgütern

Aufgrund der Komplexität produktpolitischer Entscheidungen und wegen der (bisher noch) peripheren Bedeutung der Produktpolitik in Apotheken soll im folgenden nur ein allgemeiner Überblick über operative Handlungsprinzipien in einzelnen Teilgebieten des genannten Aktionsbereichs erstellt werden. Eine ausführliche Untersuchung der Eigenfertigungsaktivitäten von Apothekern muß einer selbständigen Arbeit vorbehalten bleiben. Ziel der nachfolgenden Ausführungen ist es daher vor allem, dem Apotheker Denkanstöße für die Entwicklung und Durchsetzung eigener Produktideen zu vermitteln.

a. Prinzipien der Qualitätsbestimmung

Grundlage produktpolitischen Handelns sind die Anforderungen, die potentielle und aktuelle Patienten an die Eigenschaften ei-

1) Zu außerökonomischen Zielsetzungen der Produktpolitik vgl. allgemein Bidlingmaier: Marketing 2, S. 236 f.

2) Vgl. z.B. o.V.: Standesethiker reißt es vom Stuhl. In: AP, 1.Jg. (1979), Nr. 7, S. 3 (Zitierweise: Standesethiker); Holscher, Helmut: Dem Apotheker wachsen neue Aufgaben zu. In: DAZ, 117.Jg. (1977), S. 2047.

nes Arzneimittels stellen.¹⁾ Angesichts der zunehmenden Publizität von schädlichen Nebenwirkungen chemisch-pharmazeutischer Stoffe dürfte dabei eine Marktlücke in der Zubereitung von pflanzlichen Rezepturen und Naturheilmitteln bestehen. Spezialisiert sich ein Apotheker hierauf, muß er allerdings zweierlei beachten: Er tritt einerseits in Konkurrenz zu Reformhäusern; zum anderen muß er wesentliche Teile seines Leistungsangebots auf die Bedürfnisse der spezifischen Patientenzielgruppe abstimmen, die natürliche Heilmittel bevorzugt.

Präparate müssen nicht ausschließlich im eigenen Laboratorium hergestellt werden. Es kann auch das Prinzip der Auftragsproduktion zum Tragen kommen, wenn Apotheker die Herstellung von Arzneiformen einem pharmazeutischen Industriebetrieb in Lohnauftrag geben. Im Extremfall übernimmt der Produzent auf Wunsch sogar die Verpackung, die Ausstattung mit Informationen und die apothekenindividuelle Markierung. Dennoch bleibt das fragliche Präparat für Patienten eine Hausspezialität der betreffenden Apotheke.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Analyse stehen nicht objektiv erkennbare Eigenschaften eines Präparates, sondern seine Eignung für einen bestimmten Zweck, d.h. der subjektive Nutzen, den das Produkt seinen Verwendern stiftet.²⁾ Dieser Nutzen determiniert die Qualität einer Ware.³⁾ Ein Patient sucht nämlich nicht ein Produkt an sich, sondern Hilfe bei der Aufgabe, gesundheitliche Probleme zu lösen.⁴⁾ So muß beispielsweise die

1) So spricht Solc, op.cit., S.154, in diesem Zusammenhang von einer problemorientierten Strategie der Produktentwicklung.

2) Vgl. hierzu etwa Kotler: Marketing-Management, S. 416; Hansen/Leitherer: Produktgestaltung, S. 21.

3) Zum Qualitätsbegriff vgl. auch Kuehn, Alfred A./Day, Ralph L.: Ein Verfahren zur Ermittlung der optimalen Produktqualität. In: Marketingentscheidungen, hrsg. v. Peter Weinberg, Gerold Behrens, Klaus P. Kaas, Köln 1974, S. 183 ff.; Behrens, Gerold/Schneider, Rolf/Weinberg, Peter: Messung der Qualität von Produkten - eine empirische Studie. In: Toppitzhofer, Edgar (Hrsg.): Marketing, Wiesbaden 1978, insbes. S. 133 ff.; Petermann: Absatzwirtschaft, S. 36 ff.

4) Hierbei ist auf die gerade bei Medikamenten sehr ausgeprägte irrationale Komponente im Verbraucherverhalten hinzuweisen (vgl. die Ausführungen auf S. 22 f. dieser Arbeit.).

Darreichungsform eines Medikamentes auf den Zweck seiner Applikation und seine Patientenzielgruppe abgestimmt werden. Vor allem bei Präparaten, die im Rahmen der Selbstmedikation verwendet werden, bildet eine leichte Einnahme bzw. Anwendung ein wichtiges kaufentscheidendes Kriterium für den Konsumenten. Das Interesse des Apothekers könnte sich daher vor allem auf die galenische Zubereitung bekannter Substanzen richten.

Demgegenüber existieren kaum objektive Qualitätsmaßstäbe für eine Messung von Wirkungen, die Geschmack, Farbe und Geruch eines Medikaments auf die Nutzenvorstellungen von Patienten ausüben. Für eine Beurteilung derartiger Qualitätselemente können immerhin empirisch erforschte Allgemeinvorstellungen in der Bevölkerung herangezogen werden.¹⁾²⁾ Die große Bedeutung der genannten Merkmale zeigt sich in der Tatsache, daß etwa eine der spezifischen Krankheit angepaßte Visualisierung eines Präparates durchaus einen Heilerfolg suggerieren kann.³⁾ Eine praktische Umsetzung solcher Erkenntnisse in Form von operativen Handlungsprinzipien erhöht die Wahrscheinlichkeit der Annahme eines Produktes vom Publikum. Damit steht dem Apotheker ein umfangreiches Instrumentarium zur Verfügung, seine Leistungen zu differenzieren und auf individuelle Bedarfe abzustimmen. Daß die gebrauchstechnische Güte nicht zu den Aktionsvariablen zählt, ist bereits erwähnt worden.⁴⁾

1) So haben Testverfahren z.B. gezeigt, "daß es krankheitsspezifische Farbzuneigungen und Farbabneigungen gibt" (Frieling, Heinrich: Visualisierung. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelting o.J. (1974), S. 70).

2) Hinsichtlich des Geschmacks muß keineswegs immer ein objektiviert ermittelter Wohlgeschmack zum Markterfolg des Produkts führen. Daß gerade auf dem Arzneimittelmarkt ein Produkt mit einem objektiv "schlechten" Geschmack erfolgreich sein kann, wenn Konsumenten einem solchen Geschmack eine hohe pharmakologische Komponente zuschreiben, zeigt das Beispiel des amerikanischen Mundantiseptikums "Listerine" (vgl. Kotler: Marketing-Management, S. 445).

3) Vgl. Frieling, op.cit., S. 69 f.

4) Allein die gebrauchstechnische Komponente meint wohl auch Falk, wenn er es ablehnt, im Bereich der Produktion, insbesondere bei der Rezeptur, Apothekenleistungen zu differenzieren und sogar damit zu "werben" (vgl. Falk, op.cit., S. 53).

b. Prinzipien der Informationsformulierung

Aufgabe der dem Produkt beigegebenen Information ist es, den Konsumenten sachlich über das Produkt aufzuklären, um einen mit medizinischen Bedürfnissen abgestimmten Verbrauch von Arzneimitteln zu gewährleisten. Als therapierelevante Informationen gelten dabei insbesondere Angaben über Zusammensetzung, Eigenschaften, Indikationen, Dosierung und Anwendungsweise, Kontraindikationen, Nebenwirkungen und eventuell besondere Gefahren, wie z.B. Verfall, Wärme- und Lichtempfindlichkeit des Präparates.¹⁾ Die Einzelinformationen, die einem Medikament auf einer Packungsbeilage mindestens mitgegeben werden müssen, sind gesetzlich vorgeschrieben.²⁾

Da einer galenischen Zubereitung selbst keinerlei Merkmale für ihren Gebrauch anhaften, wird die Gestaltung der Produktinformation zu einem wesentlichen Element der Produktpolitik. Entscheidungen sind hierbei vor allem über die inhaltliche Abfassung der Aussagen und über das äußere Erscheinungsbild zu treffen.

Wesentlichstes Gestaltungsprinzip für Packungsinformationen muß die allgemein verständliche Formulierung sein.³⁾ Gegen dieses operative Handlungsprinzip wird von Pharmaherstellern weitverbreitet verstoßen.⁴⁾ Die Verwendung lateinischer Fachtermini

1) Ähnlich z.B. Ruhr, op.cit., S. 118; Kopf, Rudolf: Orientierungshilfe durch die Packungsinformation. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelfing o.J. (1974), S. 74 ff.

2) Vgl. § 11 AMG sowie den Kommentar hierzu bei Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 33a ff. Zu der erheblichen Spannweite der Angaben in verschiedenen Ländern vgl. am Beispiel der USA und Großbritanniens Kimbel, Karl H.: Arzneimittelinformation, lesbar und verstehbar für den Patienten. In: Pharm.Ztg. 125.Jg. (1980), S. 398.

3) Aus dem "Recht des Konsumenten auf Information" leitet etwa Beier die Forderung ab sicherzustellen, "daß der Verbraucher die verbreiteten Informationen verarbeiten kann (Recht auf verarbeitungsfreundliche Informationen)" (Beier, Udo: Zum Abbau einseitiger Informationen in der Konsumentenwerbung. In: Die Unternehmung 1975, Nr. 4, S. 283 (im Original teilweise kursiv)).

4) Vgl. etwa o.V.: Beipackzettel. Erhebliche Mängel. In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 1, S. 11; o.V.: Packungsbeilagen irreführend und unverständlich. In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 9, S. 3; Rosenberg, Peter: Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen 1975, S. 123 f.

gehört in die wissenschaftliche Information für Ärzte und Apotheker, nicht in Packungen, die der Patient benutzt. Außerdem soll die Packungsbeilage in allgemein leserlichen Buchstaben gedruckt und übersichtlich gegliedert sein. Ein klar hervortretendes Markenzeichen sowie ein deutlich sichtbarer Herstellername erhöhen die Identifikation des Präparates mit der herstellenden Apotheke beim Verbraucher.

c. Prinzipien der Verpackungsgestaltung

Die Produktverpackung hat sich grundsätzlich nach den Eigenschaften des jeweiligen Medikaments zu richten.¹⁾ So muß sie eventuell Anforderungen an eine Sterilität genügen und Schutz vor Verderb durch Licht und Feuchtigkeit bieten. Bezieht sich das Entscheidungsproblem auf standardmäßig zugelassene Arzneimittel, wird der Handlungsspielraum des Apothekers bei der Verpackungsgestaltung allerdings sehr gering sein. Wie die bereits erwähnten Monographieentwürfe zur Standardzulassung zeigen, sollen Art der Packung, Material, Größe etc. vorgeschrieben werden, so daß letztendlich nur noch farbliche und textliche Gestaltungsmöglichkeiten verbleiben.

Da die Applikation von Medikamenten meistens in Verbindung mit ihrer Verpackung vorgenommen wird, kommt deren Gestaltung für den Verbrauch des Präparates eine besonders wichtige akquisitorische Bedeutung zu.²⁾ Zu beachten sind hierbei vor allem Handlichkeit, einfacher Zugang zum Packungsinhalt und leichte Entnahmemöglichkeit der jeweiligen Arzneiform.^{3) 4)}

1) Zu den Funktionen der Verpackung vgl. allgemein Hansen/Leitherer: Produktgestaltung, S. 39 f.; Kapferer/Disch, op.cit., S. 78 ff.; Koppelman, Udo: Verpackungsgestaltung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2087 ff.

2) Vgl. hierzu allgemein etwa Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 257 f.

3) Vgl. allgemein ibid., S. 258.

4) Ursprung steten Ärgernisses bei Patienten bilden beispielsweise Blechdosen zur Aufbewahrung von Salben, schlecht funktionierende Tropfvorrichtungen und Gläser als Verpackungsmaterial von Tabletten.

Zum Entscheidungskomplex der Verpackungsgestaltung gehört auch die Wahl der Packungsgröße. Diese ist vor allem auf die durchschnittliche Therapiezeit der jeweiligen Indikation und gegebenenfalls auf die Haltbarkeit des Mittels abzustimmen. So müssen Medikamente, die nur gelegentlich, zu bestimmten Anlässen benötigt werden (z.B. Reisetabletten), in kleinen Mengen abgepackt werden; Mittel zur Dauertherapie sind in Großpackungen anzubieten. Bei beliebig teilbaren Substanzen kann individuellen Wünschen von Patienten hinsichtlich der Packungsgröße entgegengekommen werden, wenn die Verpackung erst nach der (artikulierten) Nachfrage erfolgt.

Bedarfslenkungsziele eines sparsamen Verbrauchs von Pharmazeutika führen dazu, daß der Bedeutungswert der kaufanreizenden Funktion der Verpackung sinkt. Die äußere Verpackung vermag jedoch (z.B. durch ihre Form- und Farbgebung) gewisse psychische Assoziationen beim Patienten auszulösen, welche die (vielleicht nur eingebildete) Wirksamkeit des Präparates erheblich beeinflussen können.¹⁾ Allgemein geltende Gestaltungsregeln hierfür können allerdings nicht aufgestellt werden.²⁾

Weitere operative Handlungsprinzipien betreffen das Anbringen von Kindersicherungen an der Verpackung bei solchen Präparaten, deren falsche Einnahme schwerwiegende Gesundheitsschäden nach sich ziehen würde. Bei doppelt verpackten Präparaten³⁾ ist darauf zu achten, daß auch die Innenverpackung ausreichend gekennzeichnet ist, damit bei Verlust der äußeren Umhüllung keine Verwechslungen auftreten können. Im übrigen

1) Zur Bedeutung einer "ästhetischen" Packungsgestaltung für pharmazeutische Spezialitäten vgl. Friesewinkel/Abt, op.cit., S. 73.; vgl. hierzu auch Ausführungen über die Beziehungen zwischen bestimmten Farben und einzelnen Indikationsgebieten bei Hermannsdörfer, Karlheinz F.: Produktpolitik der Pharma-Industrie, unveröffentl. Diplomarbeit, Universität München 1970, S. 51 f.; Solc, op.cit., S. 182.

2) Einige praktische Orientierungshilfen finden sich bei Frieling, op.cit., S. 66 ff.

3) Dabei ist z.B. an Tabletten in einer Durchdrückfolie innerhalb einer Schachtel gedacht.

sind in jedem Fall die gesetzlich vorgeschriebenen Angaben auf der Verpackung anzubringen.¹⁾

d. Prinzipien der Markierung

Um wesentliche Ziele zu erreichen, die mit dem Angebot von Hausspezialitäten verfolgt werden, ist deren Markierung unumgänglich;²⁾ denn ein Kundenstamm kann nur dann aufgebaut werden, wenn derartige Präparate an die herstellende Apotheke gebunden sind.³⁾ Außerdem garantiert eine Markierung dem Kunden gleichbleibende Produktqualitäten.⁴⁾

Grundsätzlich können Apotheken zur Markierung von Heilmitteln u.a. Firmen- oder Phantasienamen wählen.⁵⁾ Der Apotheker kann auch generische Bezeichnungen auf der Packung anbringen.⁶⁾ In diesem Fall muß das Präparat zur Ausbildung einer Markentreue bei den Konsumenten unbedingt noch mit dem Hersteller-

1) Vgl. hierzu § 10 AMG sowie den Kommentar bei Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 31 ff.

2) Zu den Besonderheiten der Markierung von pharmazeutischen Produkten vgl. Brannekämper, Edith: Das Warenzeichen in der pharmazeutischen Industrie. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelfing o.J. (1974), insbes. S. 62 ff.; vgl. auch Solc, op.cit., S. 92 f.

3) Vgl. hierzu o.V.: Standesethiker, op.cit., S. 3.

4) Dies führt zum Aufbau einer längerfristigen Markentreue bei Konsumenten (zur Markentreue vgl. ausführlich Rosenstiel, Lutz von/Ewald, Guntram: Marktpsychologie. Bd. I, Konsumentenverhalten und Kaufentscheidung, Stuttgart usw. 1979, S. 103 ff.; siehe auch Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 81 ff; zur spezifischen Markentreue bei Pharmazeutika vgl. Friesewinkel/Abt, op.cit., S. 212 ff.).

5) Vgl. allgemein etwa Angehrn, Otto: Handelsmarken und Herstellermarken im Wettbewerb, Stuttgart 1969 (Zitierweise: Handelsmarken), S. 13; zur Bedeutung des Produktnamens und zur Namensgebung vgl. ausführlich Kapferer/Disch, op.cit., S. 59 ff.; speziell für Medikamente: Friesewinkel/Abt, op.cit., S. 142 ff.

6) Friesewinkel/Abt glauben, einem empirischen Zusammenhang zwischen der Silbenzahl des Markennamens und dem Umsatzerfolg feststellen zu können. Sie empfehlen danach eine Markenbezeichnung, die maximal drei bis vier Silben umfaßt (vgl. Friesewinkel/Abt, op.cit., S. 244).

namen bzw. Namen des Inhabers der produzierenden Apotheke deutlich sichtbar gekennzeichnet werden. Weiterhin können Bildzeichen und/oder Symbole markenartigen Charakter einnehmen.¹⁾ Hierbei ist neben Abbildungen bzw. Zeichnungen, die sich auf den Packungsinhalt beziehen, an ein Firmensymbol gedacht, das etwa gleichzeitig bei Werbeaktionen verwendet sowie im Verkaufsraum und an der Gebäudeaußenfront angebracht wird. Will sich eine Apotheke von ihren Wettbewerbern abgrenzen, so genügt es dabei nicht, beispielsweise das als allgemeines, institutionelles Markenzeichen bekannte Apotheken-A zu benutzen.

5. Zur Gestaltung eigenständiger Dienstleistungen

Für den Apotheker werden in neuerer Zeit eine Reihe von Aufgaben postuliert, die über die reine Arzneimittelherstellung, -kontrolle und -verteilung hinausgehen. Dahinter steht die Erkenntnis, daß ein funktionierendes Gesundheitswesen einer Gesellschaft den Apotheker auch als aktiven Helfer bei der Lösung umfassender gesundheitspolitischer Probleme benötigt. Dabei geht es vor allem um Dienstleistungen für Konsumenten; Dienstleistungen werden daher in Zukunft einen steigenden Anteil im Leistungsprogramm der Apotheke einnehmen. Mit ihrer Wahrnehmung kann der Apotheker, entsprechend seiner wissenschaftlichen Ausbildung, nicht zuletzt deshalb Lücken füllen, "weil den überlasteten Ärzten außerhalb der echten Krankenbehandlung keine Zeit [etwa] für eine ausreichende präventive, .. geriatrische und diätetische Betreuung bleibt."²⁾

Die gemeinten Dienstleistungen lassen sich den vier Bereichen der Beratung, Laboranalyse,³⁾ Gesundheitskontrolle und Krankheitsvorbeugung zuordnen. Ihr Angebot vermag es, Präferenzen

1) Vgl. hierzu Koppelman, Udo: Produktmarketing und Warenverkaufskunde, Berlin 1976, S. 113 ff.

2) Beyer-Enke: Handverkaufslehre, S. 2.

3) Zur Zulässigkeit physiologisch-chemischer Untersuchungen vgl. etwa Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 41 f.

bei Konsumenten zu schaffen und dadurch Vorteile gegenüber Wettbewerbern zu erringen.

Mit einer Beratungsleistung ist an dieser Stelle nicht die zur Sachleistung des physischen Medikaments gehörende Kommunikation gemeint, sondern eine eigenständige Dienstleistung, die mit Sachgütern nicht zwingend in Verbindung steht.¹⁾ Hierbei ist einmal an eine allgemeine gesundheitserzieherische Aufgabe gedacht,²⁾ wie etwa eine Erläuterung der Sicherheit von Medikamenten oder eine Information über die Arzneimittelaufnahme für Schwangere. Zum anderen gehören zu dem genannten Leistungsfeld auch spezifische Beratungen über die von Zeit zu Zeit notwendige "Entrümpelung" der Hausapotheke oder über die Zusammenstellung einer Reiseapotheke für Fahrten in verschiedene Länder.³⁾ Auch Beratungen für Pilzsammler können angeführt werden.^{4) 5)}

Der Bereich der physiologisch-chemischen Laboranalyse umfaßt vor allem Aktivitäten im Vorfeld von Vorsorgeuntersuchungen. So kann der Apotheker z.B. Schwangerschaftstests durchführen. Weiterhin können Analysen von Stuhl- und Harnproben, die der Patient in die Apotheke bringt, erstellt werden. Aus deren Ergebnissen läßt sich möglicherweise auf verschiedene manifeste

-
- 1) Daher wird die gemeinte Beratungsleistung nicht der Fremdbedienung bei der Arzneimittelabgabe zugeordnet, sondern als selbständiges Produkt der Produktpolitik zugerechnet.
 - 2) Vgl. hierzu Schuffels, Monika: Die Apotheke - Haus der Gesundheit. In: PTA, Nr. 10/1977, S. 306 ff. (Zitierweise: Apotheke); Gubitz, Hermann: Der Apotheker als Erzieher zur Gesundheit und als Informant über Arzneimittel. In: DAZ, 112.Jg. (1972), insbes. S. 959 ff.
 - 3) Vgl. zu letzterem eine Checkliste bei o.V.: Was gehört in eine Reiseapotheke? In: AJ 4/1979, S. 56 ff.; sowie ausführlich o.V.: Reise und Gesundheit - Reiseberatung in der Apotheke. In: DAZ, 120.Jg. (1980), S. 788 ff.;
 - 4) Vgl. hierzu etwa Bsonek, Klaus: Der Apotheker - auch ein Pilzberater ...? In: DAZ, 120.Jg. (1980), S. 2448 ff.
 - 5) Beyer-Enke schlägt vor, für derartige Beratungen Sprechstunden einzuführen (vgl. Beyer-Enke, Siegfried: Sprechstunden des Apothekers, In: Der Deutsche Apotheker, 30.Jg. (1978), (Zitierweise: Sprechstunden), S. 454 f.),

Krankheitsbilder schließen.¹⁾ Wenn Apotheker derartige Dienstleistungen anbieten, erbringen sie einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Krankheiten, was auch damit zusammenhängt, daß die psychologische Barriere beim Patienten gegenüber der Inanspruchnahme einer Apothekenleistung im allgemeinen geringer sein dürfte als gegenüber einem Arztbesuch.²⁾ So können auch solche Patienten erreicht werden, die ärztliche Vorsorgeuntersuchungen ablehnen.

Bei der Gesundheitskontrolle stehen Blutdruckmessungen³⁾ und Gewichtskontrollen im Vordergrund. Solche Dienstleistungen erlauben es, den Kunden sehr schnell über wichtige Indikatoren seines Gesundheitszustandes zu informieren und ihm gegebenenfalls zu einer ärztlichen Konsultation zu raten. Weitere Screening-Tests, die im Rahmen der Apothekenleistungen angeboten werden können, betreffen Überprüfungen der Seh- und Hörtüchtigkeit sowie des Reaktionsvermögens.⁴⁾

Spezifische Maßnahmen der Krankheitsvorbeugung umfassen vor allem die Impfung. So könnte durch die Einrichtung von Impfstationen in Apotheken der Müdigkeit der Bevölkerung auf diesem Gebiet entgegengewirkt werden.⁵⁾ Dies betrifft sowohl die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung als auch die Grippeimpfung mit der Impfpistole. Hierfür sind spezielle Termine anzubieten, an denen ein Arzt zur Verfügung steht.⁶⁾

Die Durchführung der genannten Labor-, Kontroll- und Vorbeugungsmaßnahmen bedingt auch eine wichtige Beratungsaufgabe:

-
- 1) Vgl. hierzu im einzelnen Rohdewald, Peter: Aufgaben des Apothekers im Vorfeld der Vorsorgeuntersuchungen? In: DAZ, 119. Jg. (1979), S. 367 f.; siehe auch Beyer-Enke: Sprechstunden, S. 457.
 - 2) Vgl. Rohdewald, op.cit., S. 367.
 - 3) Vgl. hierzu etwa Reisen, Paul: Die gegenwärtigen Bemühungen des Apothekers um die Sicherheit des Patienten. In: Pharm.Ztg., 123. Jg. (1978), S. 1506.
 - 4) Vgl. Schuffels: Apotheke, S. 308.
 - 5) Vgl. ibid., S. 308.; siehe auch Beyer-Enke: Sprechstunden, S. 457.
 - 6) Daß Impfmaßnahmen Medizinern vorbehalten sein sollten, fordert Heinrich, R.: Apothekers "Sprechstunde"? In: DAZ, 119. Jg. (1979), S. 1342.

denn mit einem pathologischen Befund allein ist es nicht getan. So muß der Apotheker die Patienten von der Vorläufigkeit und der begrenzten Aussagefähigkeit der Testergebnisse überzeugen. Vor allem ist es ihm untersagt, Diagnosen zu stellen und Therapien zu empfehlen.¹⁾ Vielmehr muß er dem Patienten Informationsmaterial über die fraglichen Dienstleistungen aushändigen und ihm bei einem Verdacht auf einen positiven Befund die Notwendigkeit eines Arztbesuches deutlich machen können.²⁾

6. Imagekonforme Strategie der Gestaltung eines Programms eigener Produkte

Die in den letzten Abschnitten erläuterten operativen Handlungsprinzipien der Gestaltung von Sachgütern sowie die aufgezeigten Möglichkeiten zur Erbringung selbständiger Dienstleistungen tragen teilweise exemplarischen Charakter. Dies bedeutet, daß keinesfalls eine praktische Verwirklichung sämtlicher Aktivitätsvariablen gefordert werden soll. Sowohl eine Eigenfertigung von Hausspezialitäten als auch ein Angebot eigenständiger Dienstleistungen wird in der Realität nur in begrenztem Umfang möglich sein.

Die einzelnen Handlungsprinzipien stehen meist in komplementären Beziehungen zueinander. Teilweise substitutiv verhalten sich nur Prinzipien innerhalb der jeweiligen Handlungsbereiche der Qualitätsbestimmung, der Informationsformulierung, der Verpackungsgestaltung und der Markierung. Werden operative Grundsätze miteinander kombiniert, so ist auf ihre konsistente Gesamtverbindung zu einem harmonischen Produktbild zu achten.³⁾ Empirische Untersuchungen zeigen nämlich, "daß die Wahrnehmung

1) Die Grenze zwischen verbotener Heilbehandlung und zulässiger, oftmals sogar notwendiger Beratung ist allerdings durchaus fließend und nur im Einzelfall in selbstverantwortlichem Handeln zu ziehen (vgl. hierzu ausführlich Beyer-Enke: Handverkaufslehre, S. 4 f.; Winckelmann, op.cit., S. 180 f.).

2) Vgl. hierzu Rohdewald, op.cit., S. 369.

3) Vgl. ähnlich Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 69 f.

von Produkten und Produktdifferenzen keineswegs nur von den physikalischen Eigenheiten, sondern auch von anderen Variablen abhängt, und daß zum anderen bestimmte physikalische Unterschiede zwischen Produkten auch andere „objektiv identische“¹⁾ Produktraspekte unterschiedlich erscheinen lassen können.“²⁾ Diese Aussage bezieht sich auf sämtliche hier aufgeführten Aktivitätsvariablen, wobei der Schwerpunkt im Bereich der Qualitätsbestimmung, der Verpackung und der Markierung liegen dürfte.

Weichen einzelne Produktmerkmale in ihrer Erlebniswirkung auf Kunden voneinander ab, so tritt das Phänomen der Irradiation auf. Irradiation bezeichnet "die Abstrahlung einer Teilqualität einer Ware auf das Gesamtlebnis der Ware und eine andere Teilqualität einer Ware."³⁾ Ersteres liegt vor, wenn etwa die Verpackungsgestaltung eines Arzneimittels zum dominierenden Faktor für eine Qualitätsbeurteilung wird. Im zweiten Fall könnte ein Patient z.B. von der Farbe einer Darreichungsform auf den Geschmack und sogar auf die medizinische Wirkung des Präparates schließen. Führt man sich die manchmal evidenten Wirkungen von Placebos vor Augen, so muß der hervorragende Stellenwert, den eine effiziente Handhabung von Irradiationswirkungen bei der Produktgestaltung von Pharmazeutika einnimmt, nicht weiter betont werden.

Nicht nur die Eigenschaften eines einzelner Produkts sind so zu gestalten, daß sie einen möglichst harmonischen Gesamteindruck beim Konsumenten hinterlassen, sondern auch die Merkmale aller Produkte eines selbstgefertigten Programms. Dies gilt gleichermaßen für die Gestaltung selbständiger Dienstleistungen. Irradiationswirkungen können nämlich auch zwischen den Produkten eines Programms auftreten.⁴⁾ So wird der Kunde beispiels-

1) Anmerkung des Verfassers; R.S.

2) v. Rosenstiel/Ewald, Bd. I, op.cit., S. 21.

3) Tietz: Marketing, S. 231 sowie die hier zitierte Literatur; vgl. hierzu auch v. Rosenstiel/Ewald, Bd. II, op.cit., S. 21 ff.

4) Vgl. hierzu auch Hansen/Leitherer: Produktgestaltung, S. 66.

weise von der Funktionstüchtigkeit eines Blutdruckmeßgerätes Rückschlüsse auf die Qualität anderer medizinischer Dienstleistungen ziehen; das Qualitätserlebnis bei einer Hausspezialität färbt auf subjektiv wahrgenommene Qualitäten anderer Eigenzeugnisse ab; eine sachverständige Beratung bei einem bestimmten Gesundheitsproblem schafft eine Vertrauensgrundlage bei anderen Beratungsfragen. Daher ist es wichtig, dem Programm einheitliche Qualitätsstandards zu geben, was in Teilbereichen etwa durch identische Markierung und Verpackungsgestaltung erreicht werden kann.

Maßstab für eine Kombination von operationalen Handlungsprinzipien bei der Produkt- und Programmgestaltung von Eigenzeugnissen muß - wie im Bereich der Sortimentsgestaltung von "Wiederverkaufswaren" - das Image der Produkte und Dienstleistungen sein. In bezug hierauf kann auf die Ausführungen in der Sortimentspolitik verwiesen werden. Wird das Programm durch komplementäre Präparate und Dienstleistungen diversifiziert, so sind die Produkte entsprechend den dort beschriebenen Imagefaktoren mit gesundheitserhaltenden und -pflegenden, natürlichen sowie ausgeprägten ästhetischen Qualitäten auszustatten.¹⁾ Diese Elemente können etwa bei der Packungsgestaltung und Markierung zum Tragen kommen (z.B. durch warme Farben, natürliche Symbole, "attraktive" Marken). Die Erbringung von Dienstleistungen muß Hilfsbereitschaft, Wärme und persönliche Atmosphäre ausstrahlen. Demgegenüber muß das Programm von solchen Produkten bereinigt werden, denen die bereits genannten negativ imagebildenden Eigenschaften anhaften. Diese wenigen Hinweise mögen genügen, um dem Apotheker Anregungen zu vermitteln, damit er eigene Produktideen kreieren kann, die einer imagekonformen Gestaltung seines gesamten Produktprogramms gerecht werden.

1) Entgegen der Programmdiversifizierung dürfte das Prinzip der Programmdifferenzierung, das auf das gleichzeitige Angebot von verschiedenen Ausführungen eines Produkts abzielt, bei Apotheken wegen der im allgemeinen begrenzten Ressourcen nur peripher anzuwenden sein (vgl. zu den genannten Prinzipien Hansen/Leitherer: Produktgestaltung, S. 69 ff.; zu Prinzipien der Diversifikation für Pharmaunternehmen vgl. Solc, op.cit., S. 157 f.; Friesewinkel/Abt, op.cit., S. 79 ff.).

D. PREIS- UND KREDITPOLITIK

1. Zur wettbewerbspolitischen Bedeutung der Preispolitik

Die Preispolitik von Einzelhandelsbetrieben umfaßt jene Aktivitäten der Marktbildung und -beeinflussung, die sich auf die (i.d.R.) monetäre Abgeltung der angebotenen Waren und Dienstleistungen richten.¹⁾ Aus der Sicht des einzelnen Betriebes ist hierbei "vor allem die betriebliche Preisforderung Gegenstand absatzpolitischer Überlegungen."²⁾ Bei ihrer Beurteilung gewinnen für Einzelhandelsbetriebe im allgemeinen und Apotheken im speziellen gesellschaftlich gesetzte Daten besonderes Gewicht, da sich diese Unternehmen wegen ihrer "Konsumnähe" mit ihren Preisforderungen in hohem Maße der sozialen Beurteilung aussetzen.³⁾

Die Frage nach der Bedeutung der Preispolitik als Wettbewerbsinstrument wird in der Literatur seit langem ausführlich diskutiert.⁴⁾ Dabei wird vor allem in betriebswirtschaftlichen Abhandlungen behauptet, daß im Zuge einer zunehmenden Heterogenisierung der modernen Konsumgütermärkte die Preishöhe als Kauf-

1) Vgl. ähnlich Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 327; zum Begriff der Preispolitik vgl. auch z.B. Jakob, Herbert: Preispolitik, 2. Aufl., Wiesbaden 1971, S. 13 ff.

2) Wiegmann, Hans-Henning: Modelle zur Preisentscheidung im Marketing, Berlin 1977, S. 8 (Hervorhebung vom Verfasser; R. S.); vgl. hierzu auch Theisen, Paul: Die betriebliche Preispolitik im Einzelhandel, Schriften zur Handelsforschung, Nr. 14, Köln-Opladen 1960 (Zitierweise: Preispolitik), S. 3; Sandig: Betriebswirtschaftspolitik, S. 236 f.

3) Vgl. ähnlich Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 339. Auch in allgemeinen absatzpolitischen Abhandlungen werden gerade Arzneimittel immer wieder als Beispiel für Produkte angeführt, deren Preisbildung einem besonderen staatspolitischen und gesellschaftlichen Druck unterliegt (vgl. etwa Kotler: Marketing-Management, S. 513).

4) Vgl. hierzu etwa den Überblick bei Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 226 ff. sowie Wiegmann, op.cit., S. 51 ff und die hier ausführlich zitierte Literatur; siehe auch die empirische Untersuchung von Udell, Jon G.: How Important is Pricing in Competitive Strategy? In: Journal of Marketing, Vol. 28 (January 1964), S. 44 ff.

determinante an Bedeutung verloren habe,¹⁾ und zwar vor allem auf unvollkommenen Märkten,²⁾ auf denen es Unternehmungen z.B. gelungen ist, ihre Leistungen durch den Einsatz von Instrumenten in anderen Aktionsbereichen der Absatzpolitik zu differenzieren und damit qualitative Präferenzen bei Abnehmern zu schaffen.

Einzelhändler unterliegen vielfach "in extremer Form Bedingungen des unvollkommenen Marktes."³⁾ Aus dieser Tatsache kann allerdings nicht einfach gefolgert werden, daß dem sogenannten Qualitäts- und Werbungswettbewerb generell eine höhere Bedeutung bei der Marktbildung und -beeinflussung zukomme als dem Preiswettbewerb.⁴⁾ Diese Feststellung ist unter Hinweis auf neue Betriebsformen, die erhebliche Preisunterbietungen unter Einschränkung von Handelsleistungen mit teilweise großem Erfolg vornehmen, vor allem dann abzulehnen, wenn sie eine praktisch-normative Wirkung haben soll; denn einen Einzelhändler, der im Vertrauen auf die besonderen Marktwirkungen von Aktivitäten im Bereich der Sortiments-, Organisations-, Kundendienst- und Werbepolitik den Preiswettbewerb vernachlässigt hat und damit schon in kurzer Zeit die Existenz seines Betriebes zugunsten eines Super- oder Discountmarktes aufgeben mußte, wird es kaum trösten, daß der Bedeutungsverlust des Aktionsparameters Preis in der Literatur überwiegend mit der geschichtlichen Beobachtung begründet wird, daß auch die genannten preisaggressiven Betriebsformen im Laufe ihrer Etablierung den Preiswettbewerb zurückstellen und ihre Aktivitäten auf andere Bereiche verla-

1) Vgl. etwa Hammann, Peter: Modelle zur Preispolitik. In: Hansen, Hans Robert (Hrsg.): Computergestützte Marketing-Planung, München 1974, S. 199.
Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 328. Weinberg, Peter/Behrens, Gerold/Kaas, Klaus P.: Ansatzpunkte und Probleme der Preisbildung, In: Marketingentscheidungen, hrsg. v. Peter Weinberg, Gerold Behrens und Klaus P. Kaas, Köln 1974 (Zitierweise: Preisbildung), S. 52.

2) Zur Unterscheidung vollkommener und unvollkommener Märkte vgl. etwa Möller, Hans: Kalkulation, Absatzpolitik und Preisbildung. Nachdruck mit einer neuen Einführung über die Entwicklung der modernen Preistheorie, Tübingen 1962, S. 28 f.

3) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 328 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

4) Vgl. hierzu etwa Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 328 sowie die hier zitierte Literatur.

gern.¹⁾ Ein anschauliches Beispiel für mögliche Folgen einer Vernachlässigung der Preispolitik bildet das Sterben mittelständischer Drogerien, das maßgeblich durch das Vordringen preisaktiver Drogeriemärkte verursacht worden ist.²⁾

Auch Leitherer weist auf die sehr starke Vereinfachung einer These hin, die von einer geringen absatzändernden Wirkung der Preispolitik im Einzelhandel ausgeht, und empfiehlt für den Einzelfall eine differenzierte Sichtweise.³⁾ Danach ist der Stellenwert, den die Preispolitik innerhalb der absatzpolitischen Handlungsbereiche von Einzelhandelsbetrieben einnimmt, vor allem von den faktischen Wareneigenarten,⁴⁾ von der jeweiligen Konkurrenzsituation und Betriebsform sowie von der Markttransparenz abhängig. Teilweise sind Preise durch staatliche Normen determiniert, so daß die Preispolitik als Wettbewerbsinstrument ausscheidet.

Um anwendungsorientierte Aussagen über die Preispolitik von Apotheken zu gewinnen, ist bezüglich der Wareneigenarten die bereits bekannte Differenzierung des Sortiments in apothekenpflichtige Arzneimittel, freiverkäufliche Arzneimittel und Waren des Ergänzungssortiments zu treffen. Die Preissetzung von selbsterzeugten Produkten und eigenständigen Dienstleistungen ist wegen ihrer Besonderheiten getrennt zu behandeln. In der vorliegenden Untersuchung wird es dabei überwiegend um die Festlegung der Preisstruktur, d.h. des Gefüges von Preislagen

1) Vgl. zu dieser Entwicklung etwa Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 243 sowie die dort zitierte Literatur.

2) So sank die Zahl der Fachdrogerien von 14043 im Jahre 1970 bis 11686 im Jahre 1977 (vgl. o.V.: Vitamin "d", S. 31).

3) Vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 242; siehe auch Wiegmann, op.cit., S. 58 f.

4) Über Zusammenhänge zwischen Wareneigenarten und unternehmerischer Preispolitik vgl. Knoblich: Warentypologie, S. 168 ff.; Miracle, op.cit., S. 22 f. So haben beispielsweise im Bereich der Drogeriewaren, insbesondere bei Kosmetika und Körperpflegeartikeln - einer wesentlichen Warenart des Ergänzungssortiments in Apotheken - in einer Umfrage die meisten Unternehmer den Preis (zusammen mit der Information und Beratung) als wesentlichstes Wettbewerbsinstrument bezeichnet (vgl. Greipl, Erich: Wettbewerbssituation und -entwicklung des Einzelhandels in der Bundesrepublik Deutschland, IFO-Institut für Wirtschaftsforschung Nr. 96, Berlin-München 1978, S. 145).

für einzelne Typen von Waren im Absatzprogramm gehen.¹⁾

Die bereits erwähnte Schwierigkeit, Reaktionen von Konsumenten und Konkurrenten auf preispolitische Maßnahmen zu prognostizieren und außerdem noch Rückschlüsse auf das Image von Produkten und preisfordernder Unternehmung zu beachten, läßt Preisentscheidungen zu außerordentlich komplexen Entscheidungen unter Unsicherheit werden.²⁾ Die anfallenden Probleme konnten auch theoretische Modelle der Preisbildung bisher nicht lösen, da ihre Prämissen regelmäßig nicht der Realität entsprechen.³⁾

Im folgenden geht es nicht um eine Erklärung der Preisbildung bzw. um eine Analyse von Konkurrenzpreisen oder um eine Beurteilung staatlich gesetzter Preisspannen; es steht vielmehr die Frage im Vordergrund, wie der Apotheker sich verhalten kann und soll, wenn er seine betrieblichen Ziele erreichen will.⁴⁾ Um einen praxisgerechten Ansatz zu liefern, beschränkt sich diese Untersuchung deshalb darauf, operative Handlungsprinzipien bei der Preisgestaltung zu entwickeln, ohne letztendlich eine exakte Problemlösung für die Preisbildung einzelner Produkte und Produktgruppen anzubieten. Dies bleibt eine Einzelaufgabe jedes Apothekers.

1) Zur Unterscheidung von Preisstrukturpolitik und laufender Preispolitik vgl. etwa Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 922 ff.

2) Vgl. etwa Weinberg/Behrens/Kaas: Preisbildung, S. 52; Jacob, op.cit., S. 269 ff.; Wiegmann, op.cit., S. 66 ff.

3) "Die Grundannahmen der mikroökonomischen Preistheorie sind .. so einschränkend, daß daraus keine für die praktische betriebliche Preisfestsetzung brauchbare/n/ Entscheidungsregeln abgeleitet werden können" (Wiegmann, op.cit., S. 19). Vgl. zu einer umfassenden Kritik an der Preistheorie z.B. Kade, Gerhard: Die Grundannahmen der Preistheorie, Berlin-Frankfurt a.M. 1962, insbes. S. 156 ff.; siehe auch Bidlingmaier: Marketing 2, S. 319 ff.

4) Ansätze der Preistheorie, wie sie etwa Gutenberg (Der Absatz, S. 181 ff.) gewählt hat, können daher den hier verfolgten Zwecken nicht gerecht werden. Zu der Tatsache, daß preistheoretische Modellanalysen nicht auf preispolitische Fragestellungen übertragen werden können, vgl. ausführlich Wiegmann, op.cit., S. 27 ff.; siehe auch Leitherer: Absatzlehre, S. 64.

2. Geltungsbereich der staatlichen Preisverordnung

Die Preisbildung für apothekenpflichtige Medikamente unterliegt in der Bundesrepublik Deutschland zum Teil staatlichen Eingriffen, die sich in der Arzneimittelpreisverordnung niederschlagen.¹⁾ Während die Preisbildung auf der Erzeugerstufe völlig frei ist, setzt diese Verordnung für apothekenpflichtige Fertigarzneimittel u.a. "die Preisspannen sowie die Preise für besondere Leistungen der Apotheken bei der Abgabe im Wiederverkauf (§ 3, 6 und 7) fest".²⁾³⁾ Dabei ergibt sich eine degressive Staffelung der Zuschlagsätze, die von 68 v.H. bis 30 v.H. reicht, was einer Handelsspanne von 40,5 v.H. bis 23,1 v.H. entspricht.⁴⁾

Entgelte für Arzneimittel sind damit - was die Preisstellung auf der Handelsstufe anbelangt - "politische Preise".⁵⁾ Für eigene preispolitische Aktivitäten in dem genannten Sortimentsbereich verbleiben dem Apotheker keinerlei Spielräume. Lediglich bei der Berechnung von zusätzlichen Leistungen hat er die Wahl, einen festgelegten Betrag anzusetzen oder nicht. Dies gilt etwa bei einer Inanspruchnahme in der Notdienstzeit zwi-

1) Vgl. Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) vom 14. November 1980 (BGBl. I., S. 2147).

2) AMPreisV, § 1, Abs. 1, Ziffer 2. Zum Ablauf der Preisbildung und zum Einsatz technischer Hilfsmittel bei der Preisfindung und Preisauszeichnung vgl. Kellerer, Günther/Hempel, Lothar: Verordnung über Preisspannen für Fertigarzneimittel und Hilfsmittel für die Apotheken. In: Pharm.Ztg., 122.Jg. (1977), S. 1447 ff. Wenngleich diese Quelle nicht mehr dem neuesten gesetzlichen Stand entspricht, bleiben ihre grundsätzlichen Aussagen weiterhin gültig.

3) Ausnahmen von dieser Regelung finden sich in § 1, Abs. 3, AMPreisV. Sie betreffen z.B. die Abgabe an Krankenhäuser, Justizvollzugsanstalten und andere Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens unter bestimmten Voraussetzungen und sind für die meisten Apotheken nur von untergeordneter Bedeutung.

4) Vgl. AMPreisV, § 3.

5) Vgl. zu diesem Begriff etwa Oettle, Karl: Thesen zum Thema: Die Problematik der Preisbildung öffentlicher Unternehmen, exemplifiziert an den Tarifen öffentlicher Verkehrsbetriebe. In: Kosten und Preise öffentlicher Unternehmen - Eine Diskussion im Wissenschaftlichen Beirat der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft und Gemeinwirtschaft, Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft und Gemeinwirtschaft e.V. 16, Berlin 1978, S. 169 ff.; Hamm, Walter: Kollektiveigentum, Heidelberg 1961, S. 135 f.; Bätz: op.cit., S. 146 ff. sowie die dort zitierte Literatur.

schen 20.00 und 7.00 Uhr,¹⁾ bei der Abgabe von Betäubungsmitteln²⁾ sowie bei unvermeidbaren Telegramm- und Fernspreckgebühren, Porti, Zöllen und anderen Kosten einer "Sonderbeschaffung."³⁾ Angesichts der geringen Höhe dieser Beträge kann eine Marktbeeinflussung durch einen Verzicht auf ihre Erhebung kaum erfolgen.

Staatlich fixiert ist weiterhin die Rezeptgebühr, d.h. der Kostenanteil, den der Patient nach § 182a RVO selbst (sofort) bei Abgabe der verschriebenen Arzneimittel zu begleichen hat. Seine Erhebung richtet sich nach Belastungszielen.⁴⁾ Eine Erlassung der Rezeptgebühr, die den Wettbewerb beeinflussen könnte, ist unzulässig.⁵⁾

Werden die staatlich regulierten Preise zur Erreichung von Erwerbszielen als zu niedrig empfunden, so können die Apotheker als aktive Handlungsstrategie lediglich versuchen, auf die zuständigen Stellen einzuwirken, um Spannenanhebungen zu erreichen.⁶⁾ Keinesfalls dürfen sie Maßnahmen ergreifen, die zu einer Mindererfüllung von Darbietungszielen auf Arzneimittelmärkten führen, wie beispielsweise eine Verschlechterung von Leistungsqualitäten, eine Einschränkung von Beratungs- und Dienstbereitschaftsleistungen oder eine Verstärkung von Werbeanstrengungen zur Ausweitung des Medikamentenkonsums.

Nicht zuletzt sei auf die Möglichkeit verwiesen, daß die Preisspannenverordnung für Apotheken in Zukunft einmal aufgehoben wird. Dies ist jedoch reine Spekulation. Zudem sind die Konsequenzen einer solchen Maßnahme derart weitreichend, daß ihre Untersuchung einer speziellen Arbeit vorbehalten bleiben muß.

1) Vgl. AMPPreisV, § 6.

2) Vgl. AMPPreisV, § 7.

3) Vgl. AMPPreisV, § 8.

4) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 121 dieser Arbeit.

5) Vgl. o.V.: Nichterheben des Kostenanteils nach § 182a RVO. In: Pharm.Ztg., 124.Jg. (1979), S. 1911.

6) Vgl. hierzu allgemein Oettler: Raumwirtschaftliche Aspekte, S. 97.

3. Zur Preisfindung bei selbsterzeugten Produkten

Angesichts der(noch)peripheren Bedeutung der Eigenherstellung können im Rahmen dieser Arbeit nur Ansätze für das komplexe Problem der Preisfindung bei Medikamenten aufgezeigt werden,¹⁾ zumal der Handlungsspielraum für Apotheken hierbei umstritten ist. So trifft die genannte handlungsbeschränkende Preisspannenverordnung zunächst ohne Zweifel für Rezepturen auf ärztliche Verordnung zu. Dabei bestehen allerdings außerordentlich kontroverse Meinungen über die praktische Anwendbarkeit dieser gesetzlichen Vorschrift.²⁾ Aufgrund der erst kurzen Geltungsdauer ihrer Neufassung können zu dieser Frage noch keine gesicherten empirischen Erkenntnisse vorgebracht werden. Abzulehnen ist dagegen die Anwendung der Preisspannenverordnung auf Hausspezialitäten: denn der Apotheker wird hier als pharmazeutischer Unternehmer tätig. Auf dieser Produktionsstufe herrscht aber freie Preisbildung, wobei Einigkeit in bezug auf Apotheken hierüber nur bei freiverkäuflichen Arzneimitteln und sonstigen Waren besteht.

Der Bedingungsrahmen für die Preisgestaltung derartiger Eigenzeugnisse wird vor allem von der Tatsache geprägt, daß der Apotheker durch produktpolitische Aktivitäten versuchen muß, Präferenzen für diese Präparate gegenüber industriell gefertig-

1) Vgl. hierzu einschlägige Spezialliteratur: Friesewinkel/Abt, op.cit., insbes. S. 225 f.; Ziegler, Bernd, op.cit., insbes. S. 111 ff.; Solc, op.cit., insbes. S. 195 ff.; Wilkes, Malte W.: Aspekte pharmazeutischer Preispolitik. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelting o.J. (1974), S. 86 ff.; Hannse, Heinz: Arzneimittelpreise - mit dem Rechenstift. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelting o.J. (1974), S. 91 ff.; Theimann, Bernd: Probleme der Preisfindung bei Arzneimitteln. In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Heft 2/3, 1977, S. 185 ff.

2) Vgl. hierzu zwei extreme Standpunkte: Jackowski, Bernhard: Da stimmt doch überhaupt nichts! In: AP, 3.Jg. (1981), Nr. 3, S. 6; Funke, Jürgen: "Ein leicht zu handhabendes Instrument ..." In: AP, 3.Jg. (1981), Nr. 3, S. 6.

ten Spezialitäten zu erringen. Die Preisbildung hat sich daher in erster Linie an möglichen bzw. erwarteten Nachfragerreaktionen zu orientieren. Dabei ist zu beachten, daß wegen der bereits erwähnten stark ausgeprägten Markentreue der Konsumenten bei Arzneimitteln eine gewisse Hemmschwelle vor dem Markenwechsel zu überwinden ist. Ein Instrument, Patienten auf "Hausmarken" umzustimmen, könnten Preise sein, die zu denen konkurrierender Markenartikel tendenziell niedrig sind. Der Preis von Substitutionspräparaten bildet damit i.d.R. die Obergrenze von Preisforderungen für Eigenerzeugnisse.

Reaktionen pharmazeutischer Industrieunternehmen auf bestimmte Preissetzungen einzelner Apotheker sind wegen der im allgemeinen engen regionalen Verbreitung von Hausspezialitäten nicht zu erwarten. Dies gilt in ähnlicher Weise für konkurrierende Apotheken in angrenzenden Marktfeldern; denn umfangreiche gesetzliche Vorschriften zur Eigenproduktion verhindern schnelle Reaktionen ebenso wie die i.d.R. notwendigerweise zu haltenden sächlichen und personellen Kapazitäten.

Grundsätzlich ist festzustellen, daß sich die Preissetzung nicht in erster Linie an den Kosten der Herstellung orientieren kann; denn einerseits sind nicht sämtliche angefallenen Kosten den Produkten verursachungsgerecht zuzurechnen,¹⁾ andererseits geben die Kosten keinen Anhaltspunkt dafür, welche Preise auf dem Markt zu erzielen sind.²⁾ Im übrigen sind sie völlig irrelevant für die Beantwortung der Frage, wie Bedarfsäußerungen von Patienten durch alternative Preise beeinflusst werden können. Allerdings bilden die direkt zurechenbaren Einzelkosten der Produktion die Preisuntergrenze für jedes einzelne Produkt,³⁾ wenn längerfristig nicht mit Verlust gearbeitet werden soll.

1) Vgl. zu diesem Problem auch Böhler, Hans: Die Kalkulation der Eigenfertigung in der Krankenhausapotheke. In: das Krankenhaus, 63.Jg. (1971), S. 452 f.

2) Vgl. hierzu etwa Riebel, Paul: Kosten und Preise bei verbundener Produktion, Substitutionskonkurrenz und verbundener Nachfrage, Opladen 1971 (Zitierweise: Kosten), insbes. S. 9 ff.; vgl. auch Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 219.

3) Vgl. Riebel: Kosten, insbes. S. 86; Hannse, op.cit., S. 94. Zur Frage der Preisuntergrenze vgl. auch Engelhardt, Werner Hans: Preisuntergrenzen. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 3049 ff.

Können die von den fraglichen Produkten verursachten Kosten durch ihre Umsatzerlöse überdeckt werden, so wird gleichzeitig ein Beitrag (Deckungsbeitrag) zur Erreichung von Erwerbszielen geleistet.¹⁾ Das Ausmaß dieses Gewinnbeitrags ist dabei für die Zielerreichung insgesamt nur von untergeordneter Bedeutung; denn ein wesentliches Ziel der Eigenproduktion ist die Anwerbung von Stammkunden im Wettbewerb. Gewinne sind aufgrund des Nachfrageverbundes im Warensortiment vor allem durch Anschlußkäufe zu erzielen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß sich der Spielraum der Preisbildung für Eigenerzeugnisse zwischen den direkt zurechenbaren Einzelkosten als Preisuntergrenze und den Marktpreisen konkurrierender Präparate als Preisobergrenze bewegt. Die konkrete Ausnutzung dieses Spielraumes ist in der Praxis von außerordentlich vielgestaltigen inner- und außerbetrieblichen Rahmenfaktoren abhängig, die im jeweiligen Marktfeld in komplexer Weise zusammenwirken, so daß eine weitergehende Empfehlung an dieser Stelle nicht gegeben werden kann.²⁾

Ähnliche Überlegungen wie für eigene Sachleistungen liegen auch dem Angebot selbständiger Dienstleistungen zugrunde. Die Möglichkeit ihrer für den Patienten kostenlosen oder zumindest sehr billigen Inanspruchnahme dürfte Wettbewerbsvorteile durch Schaffung eines erweiterten Kundenstammes erbringen. Im übrigen hilft diese Vorgehensweise, Beeinflussungsziele einer Bedarfswerbung für gesundheitsprophylaktische Leistungen zu erfüllen. Preisforderungen für die genannten Dienstleistungen sind nicht nach Erwerbsgesichtspunkten, sondern dem öffentlichen Auftrag gemäß zu wählen. Zudem können im Zuge der Nachfrage nach den genannten Dienstleistungen Anschlußkäufe (z.B. im Ergänzungssortiment) induziert werden.

Dabei sind aber u.a. standespolitische Regelungen zu beachten. So ist beispielsweise aus wettbewerbspolitischen Gründen das An-

1) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf S.183 dieser Arbeit.

2) Um Nachfragerreaktionen zu ermitteln, können in der Praxis Preisexperimente durchgeführt werden (vgl. hierzu die Ausführungen auf S.252 dieser Arbeit sowie die dort zitierten Quellen).

gebot, Blutdruckmessungen zum Nulltarif vorzunehmen, nicht zulässig.¹⁾ Nachdem diese Serviceleistung allerdings durch Gerichtsentscheid Warenhäusern erlaubt worden ist,²⁾ bleibt es vor allem unter gesundheitspolitischem Aspekt höchst fragwürdig, Patienten vom fachlich hochqualifizierten Apotheker weg in rein erwerbsstrebige Warenhäuser zu treiben, nur um Wettbewerbsvorteile einzelner Apotheker gegenüber "Kollegen" zu unterbinden.

4. Preisgestaltung im Bereich des nicht-apothekenpflichtigen Sortiments

Keinerlei staatlichen Restriktionen unterliegt der Apotheker in seiner Preisgestaltung für freiverkäufliche Arzneimittel und Waren des Ergänzungssortiments. Es handelt sich in diesem Bereich also um eine private Preisbildung.³⁾ Wesentlichen Einfluß auf diese Preisbildung muß die Tatsache haben, daß Apotheken mit dem nicht-apothekenpflichtigen Teil ihres Absatzprogramms in vollem Wettbewerb zu Betrieben fremder Branchen und zu anderen Betriebsformen stehen.

Im Bereich des freikalkulierbaren Sortiments von "Apothekenwaren" sind nur in Einzelfällen systematische Aktivitäten von Apothekern zu beobachten. Bisher zeichnet sich die gesamte Apothekenbranche durch eine außerordentlich rigide und passive Handlungsweise bei der Preisbildung aus. Im allgemeinen wird nämlich am Prinzip der Vollkostenkalkulation festgehalten, und die fraglichen Waren werden generell mit der gleichen Spanne beaufschlagt, die auch für Arzneimittel gilt. Diese Vorgehensweise ist nicht zuletzt durch das traditionelle Standesdenken gefördert worden, das den Wettbewerb von Apotheken untereinander möglichst ausschalten wollte.⁴⁾ Da bis zu Beginn der 70er Jahre konkurrierende Betriebe anderer Branchen

1) Vgl. Urteil des OLG Düsseldorf vom 28.6.1979: Werbung durch Apotheken, abgedruckt in: Pharm.Ztg. 124.Jg. (1979), S. 1665 f.; siehe hierzu auch Pieck: Apothekenwerbung, S. 296. Die Blutdruckmessung ist rechtlich ohne Bedenken, wenn hierfür ein entsprechendes Entgelt gefordert wird.

2) Vgl. Wallraven, Lutz: Anmerkung zum Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf über Werbung durch Apotheken vom 28.6.1979. In: Pharm. Ztg. 124.Jg. (1979), S. 1666 f.

3) Vgl. zu diesem Begriff Zentes, Joachim: Preispolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1676 f.

4) Ein derartiges Verhalten konstatiert Leitherer allgemein für den mittelständischen Einzelhandel (vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 240 f.).

(z.B. Fachdrogerien) ähnliche Verhaltensweisen zeigten wie Apotheken, war die genannte Kalkulationspraxis für die Erringung absatzwirtschaftlicher Erfolge wenig schädlich. Dies hat sich jedoch durch das Vordringen neuer Betriebsformen vor allem in städtischen Ballungsgebieten grundlegend geändert. Welche Erfordernisse sich angesichts dieser Tatsache für die Preisgestaltung im Ergänzungssortiment ergeben, wird im folgenden erörtert.

a. Handlungsrahmen der Preispolitik

Grundsätzliche Rahmenfaktoren für die Preisbildung von Waren des Ergänzungssortiments sind die jeweiligen Wareneinstandspreise, die jedoch durch eigene Aktivitäten im Bereich der Beschaffung beeinflusst werden können.¹⁾ Wegen der großen Bedeutung des kalkulatorischen Ausgleichs im Einzelhandel spielt allerdings der einzelne Bezugspreis eine geringe Rolle für die Preisbildung, da nur die gesamten Kosten (Einstandskosten zuzüglich Handlungskosten) des Ergänzungssortiments gedeckt sein müssen und nicht die Kosten jeder einzelnen Sorte oder Warenart.²⁾ Als innerbetriebliche Daten müssen weiterhin Entscheidungen in anderen Aktionsbereichen der Absatzpolitik, insbesondere solche sortimentspolitischer Natur, gegebene Kapazitäten und Kostenstrukturen sowie finanzielle Möglichkeiten beachtet werden.³⁾

Als Rahmenfaktor der Preisbildung bei der Abgabe von nicht-apothekenpflichtigen Waren, die von einer Krankenversicherung aufgrund einer ärztlichen Verschreibung bezahlt werden (wie z.B. Verband-, Krankenpflege-, Hilfsmittel), sind die zwischen Apothekervereinen und Krankenkassen abgeschlossenen Lieferverträge zu beachten.⁴⁾ Sie legen für bestimmte Produkte fixe Zu-

1) So sind etwa durch eine Kooperation mit anderen Apotheken günstigere Bezugsbedingungen zu erreichen als bei isoliertem Einkauf (vgl. hierzu S. 101 f. dieser Arbeit).

2) Vgl. allgemein Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 341 f.

3) Vgl. ähnlich Tietz: Marketing, S. 242.

4) Vgl. etwa den Arzneilieferungsvertrag für Bremen-Hamburg-Niedersachsen-Schleswig-Holstein vom 1. April 1978 zwischen den zuständigen Apothekervereinen und den Landesverbänden der Ortskrankenkassen, § 4, Ziffer 3.

schläge auf die Einkaufspreise fest, was einer Preisdifferenzierung zwischen Angehörigen einer gesetzlichen Krankenkasse und privat Versicherten sowie Unversicherten gleichkommt.

Außerbetriebliche handlungsbegrenzende Faktoren der Preispolitik liegen weiterhin vor allem in den jeweiligen Marktgegebenheiten, und zwar einerseits in den Preiselastizitäten der Nachfrage,¹⁾ zum anderen in der bedarfsgebietsspezifischen Konkurrenzsituation. Beide Tatbestände hängen teilweise eng zusammen, da Verbraucher bei einer großen Zahl von Anbietern auf engem Raum wesentlich flexibler auf Preisänderungen reagieren können als bei einem Fehlen alternativer Einkaufsmöglichkeiten. Apotheken in ländlichen Gebieten, die sich nicht in direkter Konkurrenz etwa zu Drogerien und Drogeriediscountmärkten befinden, besitzen daher für die Preisbildung ihres Ergänzungssortiments einen größeren monopolistischen Spielraum als Betriebe, die in gedrängter räumlicher Verbindung zu preisaktiven Wettbewerbern stehen.²⁾ Allerdings engen der in der Bundesrepublik Deutschland z.B. im Vergleich zu den USA relativ begrenzte Raum, die zunehmende Mobilität der Landbevölkerung durch die Motorisierung und ein allgemein gestiegenes Preisbewußtsein³⁾ monopolistische Spielräume der Preisgestaltung auch außerhalb der Ballungsgebiete in gewissen Grenzen ein. Eine grundsätzlich differenzierte Behandlung der preispolitischen Aktionsspielräume nach dem Kriterium des Standortes erscheint daher im allgemeinen nicht zweckmäßig.

Weiterhin sind sozialpsychische Preiswirkungen bei Konsumenten als Rahmendaten zu beachten, die bei Apotheken - wie noch zu zeigen ist - einen hohen Stellenwert einnehmen, und zwar

1) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 88 f. dieser Arbeit.

2) Zum monopolistischen Spielraum von Einzelhandelsbetrieben vgl. Gutenberg: Der Absatz, S. 292 f.; siehe auch Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 239 f.

3) Dies konstatieren etwa Anders, op.cit., S. 10; Kellerer: Nebensortiment S. 9; ausführlich Gerlach, Hein-Adolf: Die Verbraucher-Märkte - ein neuzeitliches Distributionssystem im Einzelhandel der Bundesrepublik Deutschland, Diss. St. Gallen 1976, S. 190 ff.

vor allem dann, wenn die Preispolitik Beeinflussungsziele erfüllen soll; denn dieser Absicht ist nur dann nachzukommen, wenn Verbraucherreaktionen richtig beurteilt werden. Für ein modernes Marketing-Konzept sind die folgenden Überlegungen daher ein wesentliches Kennzeichen.

Empirische Untersuchungen bestätigen, "daß der Preis als einer der Indikatoren der Qualitätseinschätzung eines Produktes dient."^{1) 2)} Diese Aussage ist allerdings hinsichtlich verschiedener Typen von Produkten, Kaufsituationen und Konsumenten zu differenzieren. Ein Verbraucher schließt tendenziell um so eher vom Preis auf die Qualität eines Produktes, je weniger Informationen er über das jeweilige Produkt besitzt, je gewichtiger ihm Qualitätsunterschiede zwischen Produkten erscheinen,³⁾ je risikoreicher die Kaufsituation für ihn ist⁴⁾ und je unfähiger er sich glaubt, die Produktqualität sachadäquat einschätzen zu können.⁵⁾ Die genannte Signalfunktion des Preises wirkt jedoch in sehr komplexer Weise nur innerhalb gewisser Preisgrenzen.⁶⁾

Eine besondere Bedeutung kommt der Preisbildung für sogenannte "Schlüssel- oder Blickpunktartikel" zu. Viele Konsumenten beurteilen nämlich die Preiswürdigkeit des Gesamtsortiments mangels umfassender Informationen allein nach den Preisen

1) v. Rosenstiel/Ewald, op.cit., Bd. II, S. 71; vgl. auch Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 85 f.; Leitherer: Betriebliche Marktlehre, S. 246 ff.; Behrens/Schneider/Weinberg, op.cit., S. 141; Welzel, op.cit., S. 242 ff. sowie die dort angegebene Literatur.

2) Eine ähnliche Signalfunktion für die Produktqualität besitzt auch die Produktmarke (vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 251). Ob Preis oder Marke letztendlich kaufbestimmend wirken, kann wohl nur im Einzelfall ermittelt werden.

3) Vgl. hierzu v. Rosenstiel/Ewald, op.cit., Bd. II, S. 71.

4) Vgl. zu dieser Komponente Kroeber-Riel: Konsumentenverhalten, S. 354 f.; Behrens/Schneider/Weinberg, op.cit., S. 141 f.

5) Vgl. v. Rosenstiel/Ewald, op.cit., Bd. II, S. 71 f.

6) Vgl. ibid., S. 72.

dieser Artikel.¹⁾ Dabei handelt es sich um durch intensive Werbung weitgehend bekannte, problemlose Waren des täglichen Bedarfs, "bei denen die Konsumenten eine ausreichende Preis- und Qualitätstransparenz haben und sich preisbewußt verhalten."²⁾ Wenngleich die Anzahl derjenigen Waren, von deren bisherigem "Normal- oder Marktpreis" ein Nachfrager eine Vorstellung besitzt bzw. den Preis effektiv kennt, im Verhältnis zur angebotenen Artikelzahl recht gering ist,³⁾ dürfte die Tatsache, daß Apotheker (bisher) im allgemeinen auch bei "Blickpunktartikeln" das bereits erwähnte Prinzip der Vollkostenkalkulation angewendet haben, in hohem Maße zu dem verbreiteten negativen Preisimage der "teueren Apotheke" bzw. der "Apothekerpreise" beigetragen haben.

In engem Zusammenhang zu Auswirkungen, die die Preisstellung für sogenannte Blickpunktartikel auf Einstellungen von Verbrauchern zeitigt, steht auch das Phänomen der Preisschwellen. Empirische Untersuchungen belegen nämlich, daß Konsumenten bei der kognitiven Verarbeitung von Preisinformationen i.d.R. von einem Standardpreis als Bezugs- oder Ankerpunkt ausgehen, der vor allem von der Wahrnehmung der "üblichen" Marktpreise oder der letzten für das Produkt bezahlten Preise determiniert wird.⁴⁾ "Abweichungen von diesem Standardpreis werden ihrer Größe entsprechend bewertet und bestimmen das Konsumentenverhalten."⁵⁾ Dabei besteht die Auffassung, daß der Konsument

1) Vgl. Welzel, op.cit., S. 243; Gümbel: Wareneinzelhandel, S. 176 f.; Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 358 f.; Kellerer: Nebensortiment, S. 9 f.

2) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 359; vgl. hierzu auch Gümbel: Wareneinzelhandel, S. 176; siehe auch den Hinweis von Woll, op.cit., S. 242, auf den Bekanntheitsgrad von Waren des täglichen Bedarfs. Speziell für Apothekensortimente: Kellerer: Nebensortiment, S. 10.

3) Vgl. Welzel, op.cit., S. 242 f.

4) Vgl. v. Rosenstiel/Ewald, op.cit., Bd. II, S. 83.

5) Ibid, S. 83; vgl. hierzu auch die empirische Studie von Kamen, Joseph M./Toman, Robert J.: Psychophysics of Prices. In: JMR, Vol. 7 (February 1970), S. 28 ff.

ein Produkt kaufen wird, das in eine akzeptable Spanne fällt, die sich um den Ankerpreis bewegt.¹⁾ Als jeweiliger Bezugspreis kann dabei die Preisforderung des markanteilsstärksten Betriebes, der mit der fraglichen Apotheke marktfeldspezifisch konkurriert, angesehen werden, da ihr Bekanntheitsgrad am höchsten sein dürfte. Unterstellt man, daß die meisten Konsumenten einer Apotheke ein qualitativ höheres Image zusprechen als Billiganbietern anderer Branchen, so kann davon ausgegangen werden, daß in gewissen Grenzen über dem Ankerpreis liegende Preisforderungen noch akzeptiert werden; denn "der normale Verbraucher geht mit einem anderen Preisverhalten auf die Apotheke zu als etwa auf einen Supermarkt".²⁾ Die Akzeptanz höherer Preise gegenüber Konkurrenten wird allerdings mit zunehmender Bekanntheit, Qualitätsstabilität und steigender Problemlösbarkeit der fraglichen Produkte abnehmen.

Weitere wichtige Faktoren einer nachfrageorientierten Preisbildung stellen Effekte dar, die von sogenannten psychologischen Preisen ausgehen. "Die bekannteste und gebräuchlichste Form psychologischer Preise sind die 'odd prices' (gebrochene Preise)".³⁾ Hierunter versteht man Preise mit einer ungeraden Preisendung, die sich knapp unter einer als kritisch angesehenen Grenze bewegen⁴⁾ (DM 9,98 anstatt 10,--). Sieht man den jeweils nächst höheren "geraden" Preis als psychisch empfundene Preisschwelle an, so stimmen Vermutungen über eine absatzfördernde Wirkung gebrochener Preise mit empirisch abgesicherten Erkenntnissen über das Vorhandensein von Preisschwellen bei Konsumenten überein.⁵⁾ Wenngleich bisher kaum überzeugende Erklärungs-

1) Vgl. Engel/Kollat/Blackwell, op.cit., S. 429. Vgl. auch die empirischen Untersuchungen von Gabor, André/Granger, Clive: The Attitude of the Consumer to Prices. In: Pricing Strategy, hrsg. v. Bernard Taylor und Gordon Wills, London 1969, S. 134 ff.

2) Kellerer: Nebensortiment, S. 10.

3) Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 252.

4) Vgl. ibid., S. 252; siehe auch Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 939 ff.; Welzel, op.cit., S. 249; Duncan/Phillips, op.cit., S. 484.

5) Vgl. hierzu auch Theisen: Preispolitik, S. 103 f.; Moeller-Herrmann, Klaus J.: Die Möglichkeiten der Preispolitik im Einzelhandel, Diss. Köln 1968, S. 291.

versuche für das Phänomen der gebrochenen Preise existieren, bleibt doch zu konstatieren, daß die Praxis weitverbreitet mit solchen Preisforderungen arbeitet und allgemein davon ausgegangen wird, daß ihnen konsumbeeinflussende Wirkung zukommt.¹⁾ Dabei spielt es für die pragmatische Absicht der vorliegenden Arbeit keine Rolle, ob diese Wirkung darauf beruht, daß Konsumenten gebrochene Preise als besonders scharf kalkuliert empfinden, so daß der Eindruck einer Ersparnis entsteht, oder ob solche Preise einfach nur aus einer verfestigten Gewohnheit heraus erwartet werden.²⁾

b. Ziele der Preispolitik

"Die preispolitischen Ziele sind aus den übergeordneten Marktzielen abzuleiten oder auch mit diesen identisch."³⁾ Besonders enge Beziehungen bestehen zwischen der Preissetzung und der Erreichung von Umsatzzielen, da die Preise direkt eine Komponente des (wertmäßigen) Umsatzes sind. So können preispolitische Zielsetzungen beispielsweise lauten, durch niedrige Kampfpreise im Bereich des Ergänzungssortiments Marktanteile zu erringen bzw. zu erhöhen oder (durch Preisdifferenzierung) neue Absatzsegmente zu erschließen.⁴⁾ Die Preispolitik kann auch eine Anpassung an die jeweilige Wettbewerbssituation erstreben und lediglich reaktive Maßnahmen auf Aktionen der Konkurrenz zulassen.⁵⁾ In bezug auf Gewinnziele können diejenigen Preisfestsetzungen angestrebt werden, "die unter Berücksichtigung von Preiselastizitäten und möglichen Konkurrenzreaktionen

1) Vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 252 f.; Tietz: Marketing, S. 242 f.; Welzel, op.cit., S. 250 f.; Theisen: Preispolitik, S. 102 ff.; siehe auch Gist: Retailing, S. 386 f.

2) Vgl. zu diesen Erklärungsversuchen Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 252 f.; Welzel, op.cit., S. 250 f.

3) Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 945.

4) Vgl. z.B. Hill: Marketing 2, S. 95; siehe hierzu auch Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 945 f.

5) Vgl. etwa Bidlingmaier: Marketing 2, S. 321.

einen maximalen Gewinnbeitrag versprechen!"¹⁾

Wichtige Maßstäbe für preispolitisches Handeln in Apotheken lassen sich auch aus den von ihnen verfolgten Beeinflussungs- bzw. Lenkungszielen ableiten.²⁾ So muß etwa das Bestreben, auf einen sparsamen Arzneimittelverbrauch hinzuwirken, direkte Auswirkungen auf Preisforderungen für freiverkäufliche Arzneimittel haben. Ähnliche Aussagen lassen sich für die Zielsetzung treffen, den Verbrauch von prophylaktischen Mitteln im Interesse einer Eindämmung von Krankheiten zu steigern.

"Die Preissetzung ist stets ein zielorientierter Kompromiß zwischen den sogenannten objektiven oder natürlichen Preisbestimmungsfaktoren, als deren Grundlage die Kosten angesehen werden, und subjektiven oder marktbezogenen Bestimmungsfaktoren, die auf den Wertschätzungen der Abnehmer beruhen."³⁾ Nicht zuletzt diese Tatsache erfordert für Apotheken eine differenzierte Vorgehensweise der Preisgestaltung für verschiedene Warentypen; denn sowohl Kosten als auch Nachfragerreaktionen sind sehr unterschiedlich, je nachdem ob es sich beispielsweise um problemlose Waren des täglichen Massenbedarfs oder um beratungsbedürftige Präparate des individuellen Bedarfs handelt. Bevor auf Handlungsprinzipien der Preispolitik eingegangen wird, die nach Warentypen differenziert sind, müssen eine Reihe von Grundsätzen besprochen werden, die für alle Warengruppen Gültigkeit besitzen.

c. Operative Handlungsprinzipien der Preispolitik

ca. Umfassende Grundsätze der Preisgestaltung

Als allgemeingültige Prinzipien der Preisgestaltung im nicht-apothekenpflichtigen Sortiment können vor allem Methoden der

- 1) Hill: Marketing 2, S. 95. Die praktische Verwirklichung einer Maximierung des Gewinns scheitert bei Einzelhandelsbetrieben allerdings regelmäßig an der großen Zahl der Variablen ihrer Gewinnfunktion (vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 339).
- 2) Zur Bedeutung von Beeinflussungszielen für Preisforderungen vgl. Oettle: Preisbildung, These 12; siehe auch Bätz, op.cit., S. 34 ff.
- 3) Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 945.

Preisstellung genannt werden. Unter einer Preisstellungsmethode wird in der vorliegenden Arbeit einerseits die Vorgehensweise verstanden, die der Apotheker wählen kann, um Verbraucherpreise zu ermitteln, andererseits umfaßt sie die Art des Ausweises von Preisen.¹⁾

Als ein Verfahren der Preisstellung ist für Apotheken grundsätzlich die Zuschlagskalkulation anzuführen, die den Wareneinstandspreis (abzüglich erhaltener Rabatte) mit einer bestimmten Spanne beaufschlagt. Diese Spanne darf allerdings nicht als starre, sondern muß als elastische Größe angesehen werden.²⁾ Ihre Höhe kann sich an drei Faktoren orientieren: Zum ersten können die Kosten als Orientierungskriterium dienen, wobei im Ergänzungssortiment allein die von diesem Warenbereich verursachten und ihm zurechenbaren Einzelkosten heranzuziehen sind.³⁾ Dies ist bei der Erörterung der Deckungsbeitragsrechnung im Bereich der Sortimentspolitik begründet worden.⁴⁾ Dabei kann in der Praxis auf empirische Untersuchungen zurückgegriffen werden, in denen verschiedenen Umsatzerlösen aus dem Nebensortiment verursachungsgerecht die entsprechenden Kosten gegenübergestellt wurden. Sie führten zu dem Ergebnis, "daß zur Deckung der mit dem Nebensortiment verbundenen zusätzlichen Kosten bezogen auf die Wareneinstandspreise ein Aufschlag von knapp 20 % notwendig ist."⁵⁾ Dieser Wert kann wegen der Berücksichtigung von weithin repräsentativen Daten

1) Demgegenüber subsumiert Hansen lediglich Prinzipien des Ausweises von Preisen unter den Begriff der Preisstellungsmethode (vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 376 ff.).

2) Vgl. hierzu Schweinhardt, Horst: Preiskalkulation. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1663 f.

3) Über die Unmöglichkeit zieladäquater Kalkulation nach Grenzkosten und Durchschnittskosten vgl. ausführlich Theisen: Preispolitik, insbes. S. 53 ff.

4) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 182 ff. dieser Arbeit.

5) Kellerer: Nebensortiment, S. 12. Es muß erwähnt werden, daß hier beim Wareneinstandspreis sowohl Rabatte als auch Skonti abgezogen worden sind.

bei seiner Ermittlung als tendenzieller Richtwert angesehen werden.¹⁾

Zum zweiten können Nachfragerreaktionen als Kriterien für die Bestimmung der Spannenhöhe benutzt werden.²⁾

Drittens kann die Spanne an Konkurrenzpreisen ausgerichtet werden.

In der Praxis werden im allgemeinen alle drei Faktoren als Preisbildungskriterien mit je nach Wareneigenarten und Wettbewerbssituation unterschiedlicher Gewichtung herangezogen, so daß von einer kombinierten Anwendung des Kosten- und Markt- bzw. Wertprinzips³⁾ gesprochen werden kann.⁴⁾

Weiterhin ist zu unterscheiden zwischen einer Sortenkalkulation, die jede einzelne Sorte des Absatzprogramms als Kalkulationsobjekt ansieht, und einer Warenartenkalkulation, die einheitliche Aufschläge für sämtliche Waren eines bestimmten Typs festlegt. Wenngleich nicht zu bestreiten ist, daß der Einzelhändler nicht an den Spannen einzelner Sorten interessiert ist, sondern an dem Gewinnbeitrag, den ihm sein Sortiment als ganzes erbringt,⁵⁾ kann daraus nicht gefolgert werden, daß für ganze Bereiche des Absatzprogramms oder auch nur einzelne Warenarten einheitliche Aufschläge gewählt werden können. Vielmehr muß streng zwischen Warentypen differenziert werden, die u.a. aus Wettbewerbsgründen lediglich geringfügige Deckungsbeiträge erwirtschaften, wegen besonderer Sortiments-

-
- 1) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 12. In Einzelfällen können selbstverständlich höhere Aufschlagsätze notwendig sein, wenn z.B. für die Führung eines Nebensortiments umfangreiche zusätzliche Investitionen in Personal, Raum und Einrichtung erforderlich waren.
 - 2) Die Orientierung an Nachfragerreaktionen ist für verschiedene Warentypen differenziert zu konkretisieren.
 - 3) Vgl. zu diesen Begriffen Schmitz, Gerhard: Kalkulatorischer Ausgleich als betriebspolitische Aufgabe der Handelsunternehmung. In: Distributionswirtschaft. Rudolf Seyffert zu seinem 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968 (Zitierweise: Ausgleich), S. 6 ff.; siehe auch Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 950 f.; Meffert: Marketing, S. 295 ff.
 - 4) Vgl. Schmitz: Ausgleich, S. 6 f. Auch Wiegmann, op.cit., S. 281, empfiehlt eine parallele Anwendung kostenorientierter Kalkulationsverfahren und marktorientierter Modelle, wobei erstere die Preisuntergrenze bestimmen, letztere die Preisobergrenze festlegen.
 - 5) Vgl. hierzu etwa Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 232 f.

verbundwirkungen aber dennoch nicht aus dem Sortiment eliminiert werden können, und solchen Warentypen, die aufgrund hoher Zuschläge große Beiträge zur Deckung von Gemeinkosten leisten.¹⁾ Außerdem erlaubt eine einheitliche Beaufschlagung ganzer Warenarten weder eine Berücksichtigung psychischer Wirkungen bestimmter Preisforderungen auf Konsumenten, noch kann sie eine hohe Elastizität der Preisstellung gegenüber Aktionen der Konkurrenz gewährleisten. Apothekern ist eine differenzierte Vorgehensweise bei der Preissetzung aufwandsmäßig auch zuzumuten, sofern sie das Prinzip der Straffung des Sortiments verwirklicht haben.²⁾

Bezüglich des Ausweises von Preisen kann nur das Prinzip der generellen Preissetzung realisiert werden, weil sich ein individuelles Aushandeln von Preisen - das ohnehin nur bei Fremdbedienung möglich ist - angesichts der Wareneigenarten und der i.d.R. relativ geringen Werte des einzelnen Kaufaktes verbietet.³⁾ Die gleichen Gründe stützen auch das Prinzip der Nettopreisforderung,⁴⁾ so daß Rabatte im allgemeinen keine akquisitorische Bedeutung besitzen. Dies heißt allerdings nicht, daß in Einzelfällen, vor allem bei Vorliegen besonderer persönlicher Beziehungen zwischen Kunden und Apotheker, keine individuellen Preisdifferenzierungen - z.B. in Form von Rabatten - möglich sind. Handlungsprinzipien hierfür können in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht angegeben werden.

1) Vgl. ähnlich Theisen: Preispolitik, S. 48.

2) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 187 f dieser Arbeit.

3) Vgl. zu diesem Prinzip ausführlich Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 376 f.

4) Vgl. hierzu ausführlich ibid., S. 377 f.

cb. Nach Warentypen differenzierte Gestaltungsprinzipien

Wesentliches Kriterium einer Bildung von Warentypen, für die Handlungsprinzipien der Preispolitik in jeweils unterschiedlicher Ausprägung zu erarbeiten sind, ist die Apothekenexklusivität bzw. Gebundenheit von Produkten an den Vertriebsweg über die Apotheke. Das Faktum der Vertriebsbindung beantwortet nämlich die Frage, welche Rolle Konkurrenzpreise bei Preisent-scheidungen spielen. Kombiniert man dieses Kriterium mit den im Bereich der Sortimentspolitik gewonnenen Warentypen,¹⁾ so er-geben sich im Gesundheitspflegesortiment zunächst die Typen der problemlosen, selbstbedienungsgerechten Konkurrenzartikel ei-nerseits und der beratungsbedürftigen, apothekenexklusiven Wa-ren andererseits, sofern den dort empfohlenen Prinzipien der Anpassung an gegebene Standards in Produktmärkten bzw. der Ab-hebung von Mitanißbietern anderer Branchen gefolgt worden ist. Die Preisbildung bei dem dritten genannten Typ der freiwahlgeeigne-ten Waren des konsumentengruppenspezifischen Bedarfs könnte ge-sondert abgehandelt werden. Angesichts der für Preisentschei-dungen wenig signifikanten Eigenarten dieses Warentyps würde eine solche Vorgehensweise allerdings zu erheblichen Wiederho-lungen führen. Produkte des zuletzt genannten Typs sol-len daher hier den beiden erstgenannten Warentypen zugeordnet werden, wobei als Kriterium (wiederum) die Vertriebsbindung an die Apotheke dient.²⁾ Treten Besonderheiten für Waren dieses Typs auf, sind sie jeweils vermerkt.

Als operative Handlungsprinzipien sollen (1) die Orientierung an den Handlungskosten, (2) die Orientierung am Verhalten von Konkurrenten sowie ihren erwarteten Reaktionen, (3) die Orien-tierung an Preisempfehlungen von Herstellern sowie (4) die Orien-tierung an der Qualitätsfunktion des Preises, (5) an der Blick-punktstellung des jeweiligen Artikels und (6) an psychischen

1) Vgl. S. 196 ff. dieser Arbeit.

2) Zur Vertriebsbindung als Aktionsvariable für Waren des genannten Typs vgl. S. 201 dieser Arbeit.

Preiswirkungen herangezogen werden. Zusätzlich muß bei bestimmten Warentypen auf eine Kalkulation von "Zugartikeln" und "Sonderangeboten" (7) eingegangen werden.

Die genannten Handlungsprinzipien sind für jeden Warentyp in unterschiedlicher Weise zu konkretisieren. Sie verhalten sich nicht immer komplementär zueinander, sondern sie können sich teilweise auch substituieren, wenn die Anwendung an unterschiedlichen Kriterien ausgerichteter Aktionsprinzipien zu gleichen Ergebnissen führt. Dadurch können zwar Wiederholungen auftreten, es wird aber auch die "Richtigkeit" des Vorgehens gestärkt.

- Freiverkäufliche Arzneimittel¹⁾

(1) Die Preisbildung freiverkäuflicher Medikamente muß in wesentlichem Maße von dem Ziel geprägt sein, auf einen sparsamen, vor allem an medizinischen Erfordernissen ausgerichteten Konsum hinzuwirken.²⁾ Hieraus könnte abgeleitet werden, daß relativ hohe Preisforderungen, die aus einer Vollkostenkalkulation resultieren würden, zieladäquat seien. Dies wäre jedoch ein Fehlschluß; denn wegen der preisaggressiven Konkurrenz von Betrieben sonstiger Branchen, insbesondere von anderen Betriebsformen würde eine solche Vorgehensweise dazu führen, daß ein Großteil der Konsumenten von Apotheken weg in jene preisgünstigeren Betriebe abwandert. Dadurch wird der Apotheker seiner gesundheitspolitischen Beratungsfunktion für freiverkäufliche Arzneimittel beraubt. Einem Arzneimittelmißbrauch durch übermäßige Einnahme kann so auf keinen Fall gewehrt werden. Für die Preisbildung und hier nur für die Bestimmung der Preisuntergrenze können daher allein die von den freiverkäuflichen Arzneimitteln verursachten und ihnen zuzurechnenden Einzelkosten herangezogen werden. Dies gilt nicht nur für solche Betriebe,

1) Für die Preispolitik freiverkäuflicher Arzneimittel ist der Hinweis wichtig, daß es sich bei den gemeinten Waren um Artikel handelt, die nicht allein über Apotheken verkauft werden. Arzneimittel, die zwar nicht apothekenpflichtig sind, jedoch vom Hersteller einer (freiwilligen) Vertriebsbindung unterworfen wurden, sind ähnlich zu behandeln wie der Typ der apothekenexklusiven Nicht-Arzneimittel.

2) Daß Beeinflussungsziele dabei je nach Indikationsgebiet unterschiedlich zu präzisieren sind, ist bereits ausgeführt worden (vgl. S. 119 f.).

die standortbedingt in enger Konkurrenz zu Einzelhändlern anderer Branchen stehen, sondern tendenziell auch für Apotheken, die z.B. in ländlichen Räumen liegen. Aufgrund der geringen Einkaufsfrequenz für die genannten Präparate ziehen Konsumenten im allgemeinen nämlich auch längere Einkaufswege in Betracht, so daß eine potentielle Konkurrenz zu branchenfremden Anbietern in weiter entfernten Marktgebieten vorliegt.

(2) Auch eine alleinige Orientierung an Konkurrenzpreisen marktanteilsstarker Mitanbieter ist nicht zieladäquat. Sie verletzt einmal sicherlich Bedarfs- und Nachfragelenkungsziele, wenn die Konkurrenten eine Maximierung des Umsatzvolumens anstreben, was im allgemeinen der Fall sein dürfte. Zudem könnte die o.a. Preisuntergrenze wegen der in Apotheken gebotenen kostspieligen Fachberatung nicht eingehalten werden, so daß auch Erwerbsziele minder erfüllt würden. Sofern Preisforderungen von Wettbewerbern Reaktionen bei der Konsumentenschaft zeitigen, indem sie etwa Preisschwellen prägen, gewinnen sie allerdings (über eine Beeinflussung der nachfragerreaktionsorientierten Preisstellung) an Relevanz für Preisforderungen freiverkäuflicher Arzneimittel, so daß, grob gesprochen, eine Abwägung zwischen einzelkostenorientiertem und konkurrenzorientiertem Preis vorgenommen werden muß.

(3) Eine Orientierung an Preisempfehlungen von Herstellern freiverkäuflicher Medikamente vermag im allgemeinen keinen konkreten Anhaltspunkt für die Preisforderung von Apotheken zu geben; denn industrielle Produzenten können der Preisstellung von Waren, die die in verschiedenen Typen von Einzelhandelsbetrieben angeboten werden sollen, nicht die Kostenstruktur eines einzigen Betriebstyps zugrunde legen. Im übrigen berücksichtigen Preisempfehlungen in keiner Weise die Konkurrenzpreisbildung in einzelnen Marktgebieten.

(4) Angesichts des Stellenwertes, den der Faktor Gesundheit im Leben jedes einzelnen einnimmt, aufgrund der geringen Kenntnis, die Verbraucher häufig über die genannten Waren besitzen, und wegen des Risikos einer Arzneimittelanwendung muß nicht näher

begründet werden, daß der Preis bei Arzneimitteln in hohem Maße als ein Indikator der Produktqualität angesehen wird. Billige "Schleuderpreise" können daher das Vertrauen von Patienten in die Wirkung von Medikamenten sicher nicht steigern. Sie sind eher geeignet, freiverkäuflichen Arzneimitteln das Image von problemlosen Waren des täglichen Massenbedarfs zu vermitteln, was apothekenspezifischen Zielsetzungen zuwiderlaufen würde.

(5) Freiverkäufliche Arzneimittel dürften in wenigen Fällen die Stellung von "Blickpunktartikeln" einnehmen, da deren Merkmale auf Arzneimittel nur im Urteil solcher Konsumentengruppen zutreffen, die eine Medikamenteneinnahme als problemlosen, täglichen Bedarf empfinden. Ob von der Preisbildung für nicht-apothekenpflichtige Pharmazeutika eine Wirkung auf die Beurteilung der Preiswürdigkeit des Gesamtsortiments ausgeht, kann deshalb nur konsumentenschichtenspezifisch ermittelt werden.

(6) Wegen des engen Zusammenhangs zwischen der Kenntnis von Preisschwellen und der Blickpunktstellung eines Artikels kann angenommen werden, daß sogenannte Ankerpreise für freiverkäufliche Arzneimittel nur in wenigen Verbraucherschichten kognitiv ausgeprägt sind. Angesichts der fachlichen Beratung des Apothekers dürfte außerdem von den meisten Verbrauchern eine Preisforderung akzeptiert werden, die um eine gewisse Spanne über einem eventuell bekannten Ankerpreis liegt. Die genaue Preisobergrenze, bei deren Überschreiten erhebliche Absatzeinbußen zu gewärtigen sind, kann letztendlich nur artikel- und marktfeldspezifisch unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedarfs- und Konkurrenzstrukturen ermittelt werden. Hilfestellung hierbei könnten "Realexperimente" geben, die auf einzelne Artikel oder kleinere Teile des Sortiments bezogen sind.^{1) 2)} Auch die

1) Zu Realexperimenten in der Preispolitik vgl. am Beispiel der Angebotspolitik öffentlicher Verkehrsbetriebe etwa Oettle: Absatzorientierung, S. 477; vgl. hierzu auch allgemein Petermann: Absatzwirtschaft, S. 81 f.

2) Für derartige Experimente ist die Preispolitik in hohem Maße geeignet, da sie wesentlich flexibler gehandhabt werden kann als andere Teilpolitiken des Absatzbereichs (vgl. hierzu auch Sandig: Betriebswirtschaftspolitik, S. 245).

Anwendung gebrochener Preise könnte zieladäquat sein, wenn sie beim Kunden den Eindruck hervorruft, der Ankerpreis sei in geringerem Maße überschritten, als dies faktisch der Fall ist.¹⁾

(7) Sonderangebote kommen für freiverkäufliche Medikamente nicht in Frage; denn sie würden Lenkungsziele eines sparsamen Arzneimittelkonsums verletzen.

- Selbstbedienungsadäquate Konkurrenzartikel des Ergänzungssortiments

(1) Nach den Ausführungen über sortimentspolitische Aktivitäten im Bereich problemloser Massenwaren muß an dieser Stelle nicht mehr ausführlich begründet werden, daß die durchschnittlichen Handlungskosten einer Apotheke keine Orientierung dafür abgeben, welche Preise für die fraglichen Produkte am Markt verlangt werden können. Für die Bestimmung der Preisuntergrenze kann von dem bereits erwähnten Aufschlag von knapp 20 % auf den Wareneinstandspreis zur Deckung der von den betreffenden Waren verursachten Einzelkosten ausgegangen werden.²⁾ Angesichts wenig kostspieliger Verkaufsaktivitäten für die genannten Waren dürfte im allgemeinen dennoch ein Beitrag zur Deckung von Apothekengemeinkosten erzielt werden. Dies gelingt um so eher, je stärker die Lagerumschlagsgeschwindigkeit gesteigert werden kann.³⁾

(2) Preisforderungen von marktanteilsstarken Konkurrenten können i.d.R. als Anhaltspunkte für die Preissetzung von problemlosen Massenwaren in Apotheken dienen (konkurrenzorientierte Preispolitik). Dabei kann wegen der bereits erwähnten Einschätzung der Apotheke in der Verbraucherschaft ein geringfügig über

1) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf S.243f sowie über spezifische optische Effekte der Preispräsentation auf S.256 dieser Arbeit.

2) Zur (niederen) Kalkulation von Waren des genannten Typs vgl. allgemein auch Theisen: Preispolitik, S. 75.

3) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 184 f dieser Arbeit und die dort zitierte Literatur.

dem Konkurrenzpreis liegendes Entgelt gefordert werden.¹⁾ Dies gilt in noch stärkerem Maße für freiwahlgeeignete Waren des konsumentengruppenspezifischen Bedarfs, sofern für diese eine fachliche Beratung angeboten wird; denn die Preisbeurteilung von Konsumenten richtet sich i.d.R. auf den Gesamtkomplex von Produkt und daran gekoppelter Dienstleistung.²⁾ Eine solche Vorgehensweise trägt dazu bei, Erwerbsziele zu erfüllen, wobei allerdings vorausgesetzt werden muß, daß durch betriebswirtschaftlich "optimale" Beschaffung Einstandspreise zugrunde gelegt werden können, die eine Kalkulation einzelkostendeckender und dennoch konkurrenzfähiger Verbraucherpreise erlauben.³⁾ Nicht empfehlenswert sind Unterbietungen von Wettbewerbspreisen, vor allem bei oligopolistischen Marktverhältnissen, da in einem solchen Fall Mitanbieter herausgefordert werden, ihrerseits mit Preissenkungen zu reagieren, was zu Preiskämpfen und letztendlich zu erheblichen Verlusten für alle Beteiligten führen kann.⁴⁾ - Eine Orientierung an Wettbewerbspreisen in dem genannten Sortimentsteil vermag nicht zuletzt fremde Neugründungen sowohl von Apotheken als auch von Betrieben anderer Branchen abzuhalten.⁵⁾ Unter diesem Gesichtspunkt muß das genannte operative Handlungsprinzip der Preisbildung auch für Apotheken in ländlichen Gebieten, die (noch) ohne nennenswerte direkte Konkurrenz sind, als relevant bezeichnet werden.

(3) Preisempfehlungen von Herstellern sind aus den gleichen Gründen, die bei freiverkäuflichen Arzneimitteln genannt wurden, nicht für die Verbraucherpreisbildung zu verwenden. Zudem führen Kundenpreisforderungen, die unverbindliche Preisempfehlungen unterschreiten, bei vielen Konsumenten möglicherweise zu dem Eindruck besonderer Preiswürdigkeit der betreffenden Apotheke.

1) Vgl. auch Lietz, op.cit., S. 12.

2) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 355.

3) Zu Maßnahmen im Bereich der Beschaffung, die das Ziel verfolgen, Fixstandskosten zu senken, vgl. die Ausführungen auf S. 101 f. dieser Arbeit.

4) Zu dem geschilderten Preisverhalten im Oligopol vgl. z.B. Bidlingmaier: Marketing 2, S. 308 f.; Meffert: Marketing, S. 290 ff.; siehe auch Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 197.

5) Vgl. Lietz, op.cit., S. 12.

(4) Über die weitgehend identischen Qualitätsstandards von problemlosen Massenwaren des Gesundheitspflegesortiments ist bereits ausführlich gesprochen worden.¹⁾ Ein enger Zusammenhang zwischen dem Preis dieser Produkte und Qualitätsurteilen von Kunden ist daher i.d.R. nicht gegeben. Zudem sorgen die umfangreichen Marketingaktivitäten der industriellen Hersteller ("Vorverkauf") im allgemeinen dafür, daß Nachfrager viele Informationen über die jeweiligen Produkte zur Verfügung stehen, so daß sie sich kaum am Preis orientieren müssen.

(5) Waren des problemlosen, täglichen Gesundheitspflegebedarfs sind ex definitione häufig "Blickpunktartikel".²⁾ Dies gilt auch für Waren des konsumentengruppenspezifischen Bedarfs in bezug auf die relevanten Abnehmerschichten. Eine marktgerechte, konkurrenzorientierte Preisbildung wird daher in vielen Fällen Voraussetzung dafür sein, daß Konsumenten das Gesamtsortiment der Apotheke als preiswürdig beurteilen.³⁾ Wird gefordert, auf den Warentyp der problemlosen Massengüter im Absatzprogramm von Apotheken zu verzichten, so wird übersehen, daß die Funktion dieser Waren, nämlich Preiswürdigkeit zu suggerieren, gerade das wesentlichste Argument für ihre Aufnahme in das Apothekensortiment ist.

(6) Die Gültigkeit von Prinzipien, die aus psychischen Preiswirkungen abgeleitet werden, steht in engem Zusammenhang mit den eben gemachten Aussagen über die Blickpunktstellung der genannten Warentypen. Diese Stellung dürfte ein wesentlicher Grund dafür sein, daß die Kenntnis von marktgerechten Preisen bei den genannten Waren in der Verbraucherschaft recht hoch ist, so daß stark ausgeprägte Preisschwellen existieren, die der Apotheker nur geringfügig überschreiten kann, wenn nicht erhebliche Umsatzrückgänge und negative Auswirkungen auf sein Preisimage die Folge sein sollen.⁴⁾ Grundsätzlich müssen daher die Preis-

1) Vgl. S. 194 dieser Arbeit.

2) Vgl. die Definition von "Blickpunktartikeln" auf S. 242..

3) Vgl. auch Kellerer: Nebensortiment, S. 9 f.

4) Vgl. ibid., S. 9 f.

schwellen marktanteilsstarker Produkte durch Konkurrenzforschung oder über Informationen von Marktforschungsinstituten ermittelt werden.¹⁾

Eine Unterstützung erfährt die Orientierung an Preisschwellen auch durch das Prinzip der gebrochenen Preisstellung; denn es erlaubt, den Preis gerade unterhalb einer kritischen Schwelle anzusetzen, ohne dadurch erhebliche Gewinneinbußen hinnehmen zu müssen.²⁾ Weiterhin vermag das Prinzip der optischen Preispräsentation Hilfe bei der Preisstellung zu gewähren. Es betont z.B. durch eine große Herausstellung der Marktbeträge im Preis und eine Nennung der Pfennigbeträge in kleineren Ziffern, daß sich die Preisforderung noch in einer niedrigeren Preisklasse bewegt, als dies der Fall wäre, wenn der nächsthöhere gerade Preis angegeben würde.³⁾ Nicht zuletzt wird eine Schaffung von Vergleichspreisen empfohlen, insbesondere bei solchen Produkten, bei denen viele Konsumenten keine absoluten Preisvorstellungen besitzen.⁴⁾ Durch die relative Preisbeurteilung wird erreicht, daß "der Abstand zu den Vergleichspreisen oft weit stärker erlebt wird, als er objektiv ist."⁵⁾

(7) Spezifische Probleme ergeben sich für Apotheken hinsichtlich des Angebots sogenannter "Zugartikel" und im Hinblick auf Sonderangebote. Zugartikel werden "kurzfristig zur akquisitorischen Förderung ihrer speziellen Komplemente"⁶⁾ eingesetzt. Werden sie als nicht kostendeckend kalkuliert, so "sollen sie An-

1) Vgl. hierzu auch Lietz, op.cit., S. 12.

2) Als Endziffern der Pfennigbeträge werden in der Literatur die 8 und die 9 empfohlen, bei höheren Preislagen auch die 5 (vgl. hierzu etwa Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 253; Welzel, op.cit., S. 253 f.).

3) Vgl. Welzel, op.cit., S. 254.

4) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 387.

5) Ibid., S. 388. Praktisch kann dieses Prinzip durch eine durchgestrichene zusätzliche Angabe des vom Hersteller empfohlenen Verkaufspreises auf einem Preisschild verwirklicht werden.

6) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 259.

schlußkäufe gewinnbringender komplementärer Produkte bewirken, die ihrerseits die Verluste an dem Zugartikel überkompensieren müssen."¹⁾

Derartige Aktionen sind für Apotheken schon aus wirtschaftlicher Sicht zumindest skeptisch zu beurteilen. Abgesehen von der praktisch außerordentlich schwierigen Auswahl und Preisstellung der Zugartikel, ist es nämlich sehr fraglich, ob bei dem eng abgegrenzten Warensortiment der Apotheke bewußt getätigte Käufe von Zugartikeln auch zu einer wesentlichen Nachfragesteigerung bei anderen Waren des Gesundheitspflegesortiments führen,²⁾ die vor allem durch Impulskäufe zustande gekommen sein müßte.

Aus gesundheitspolitischer Sicht müssen die genannten Maßnahmen äußerst bedenklich erscheinen. Es könnte nämlich einerseits das Argument erneuert werden, daß die Arzneitaxe dann das Nebensortiment alimentiere,³⁾ wenn Erlöse für apothekenpflichtige Arzneimittel die entstandenen Verluste bei Zugartikeln ausgleichen müssen. Andererseits ist eine Beeinträchtigung des Images der Apotheke als gesundheitsfördernder, -wiederherstellender und -beratender Fachbetrieb durch das Angebot von Massenartikeln zu Schleuderpreisen zu gewärtigen, indem ihre Aktivitäten mit dem typischen Verhalten von Discountmärkten identifiziert werden.⁴⁾

Auch Sonderangebote werden mit relativ niedrigen Preisen ausgezeichnet. "Im Gegensatz zu Schlüssel- und Zugartikeln wird mit ihnen vorrangig ein Verkaufseffekt für die preislich niedrig gestellten Produkte selbst und erst sekundär eine akquisitori-

1) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 259; vgl. auch Meffert. Marketing, S. 311.

2) So sieht Hansen die wirtschaftlichen Chancen dieser Aktivitäten allgemein für Fachhändler mit tiefem Sortiment als besonders schlecht an (vgl. Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 360). Vgl. auch Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 241 sowie die dort zitierte Literatur; anders Moeller-Herrmann, op.cit., S. 335 f.

3) Vgl. S. 177 dieser Arbeit.

4) Zur Ablehnung von Zugartikeln in Apotheken vgl. auch Kellerer: Nebensortiment, S. 10.

sche Wirkung für das Gesamtsortiment angestrebt."¹⁾ Sonderangebotsartikel werden i.d.R. so kalkuliert, daß sie nur geringe Stückdeckungsbeiträge abwerfen, durch eine hohe Umschlagsgeschwindigkeit jedoch teilweise erheblich zur Gesamtkostendeckung beitragen.²⁾

Eine spezifisch auf Umsatzziele gerichtete Sonderangebotspolitik in Apotheken, die in kurzfristig wechselnden Aktionen immer neue Produkte speziell für den Zweck des Sonderangebots einkauft und im Angebot bevorzugt herausstellt, stößt - abgesehen von ihrer wettbewerbsrechtlichen Problematik³⁾ - auf ähnliche Bedenken wie ein Anbieten von Zugartikeln.^{4) 5)} Der häufige Wechsel von Preisen für Sonderangebotsartikel, wie er in Super- und Drogeriemärkten praktiziert wird, ist außerdem nicht geeignet, dem Verbraucher den Eindruck eines preiswürdigen und preisstabilen Verhaltens der Apotheke im gesamten Sortimentsbereich und damit die Impression gleichbleibender Qualität zu vermitteln.⁶⁾ Solchermaßen durch kurzfristige Sonderangebotsaktionen entstandenes Mißtrauen könnte sich dann auch auf den Arzneimittelbereich übertragen.

Sollte allerdings ein beschleunigter Verkauf von Ladenhütern, z.B. wegen der Gefahr des Verderbs, notwendig werden, sind Sonderangebote zu empfehlen, um Kosten zu vermeiden. Ob dieser ertragsmäßige Vorteil in einem ausgewogenen Verhältnis zu eventuell durch solche Sonderangebote verursachten Imagegefährdungen steht, muß jeder Apotheker in der jeweiligen konkreten Situa-

1) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 361 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen). Zu Begriff und Merkmalen des Sonderangebots im Einzelhandel vgl. ausführlich Welzel, op.cit., S. 37 ff.; Eisenbarth, Alfred: Bedeutung und Problematik des Sonderangebots im Einzelhandel, Diss. München 1968, insbes. S. 2 ff.

2) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 361.

3) Vgl. hierzu ausführlich Welzel, op.cit., insbes. S. 286 ff.

4) Anders beispielsweise Sedlmayer, op.cit., S. 82, der Sonderangebote im Nebensortiment als "selbstverständlich" empfiehlt.

5) In wirtschaftlicher Hinsicht belegen Untersuchungen, daß durch Sonderangebotsaktionen - in Abhängigkeit von den jeweiligen Wareneigenarten - kaum neue Kunden angelockt werden können (vgl. Pieck: Apothekenwerbung, S. 292).

6) "Durch Assoziation verknüpft er [der Nachfrager; Anmerkung des Verfassers] mit dem konstanten Preis die gewährleistete, gleichbleibende Qualität (Moeller-Herrmann, op.cit., S. 273).

tion selbst entscheiden. Wenig Vorbehalte sind gegen saisonal abgestimmte Sonderangebote zu machen;¹⁾ denn zu bestimmten Zeiten steigt die Nachfrage der Kunden nach einzelnen Artikeln erheblich.²⁾ Ein preisgünstiges Angebot saisonal abhängiger Waren (mit besonderer Plazierung) kann mit den Erwartungen und Wünschen von Konsumenten durchaus korrespondieren, so daß negative Ausstrahlungen auf die Öffentlichkeit kaum zu erwarten sind.

- Apothekenexklusive Waren

(1) Daß die von apothekenexklusiven Waren verursachten Einzelkosten keinen Anhaltspunkt für Preisforderungen abgeben, kann letztendlich nur durch den Hinweis auf Preiselastizitäten der Nachfrage begründet werden. Lassen sich hohe Aufschläge am Markt durchsetzen, so ist jedenfalls nicht einzusehen, warum die Handelsspanne für freikalkulierbare Waren irgendwie durch kostenorientierte Argumente nach oben begrenzt werden soll, sofern nicht etwa Darbietungsziele dies fordern.

(2) Wegen der Vertriebsgebundenheit der genannten Waren existieren keine direkten Konkurrenzpreise, die von Betrieben anderer Branchen gesetzt worden sind. Angesichts einer teilweise vorhandenen Substitutionsmöglichkeit durch Produkte, die außerhalb von Apotheken angeboten werden, dürfen jedoch Preise konkurrierender Präparate als Orientierungen der Preispolitik nicht völlig aus dem Auge verloren werden. Dies schmälert im allgemeinen kaum die Erreichung von Erwerbszielen, da die Preiselastizität für beratungsbedürftige Waren, die nicht apothekengebunden sind, ähnlich gering sein dürfte wie diejenige von apothekenexklusiven Waren. Als Richtwerte werden hierbei z.B. für Kosmetika Aufschläge von bis zu 70 % genannt.³⁾

1) Die Eignung von Saisonartikeln als Sonderangebote betont etwa auch Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 925.

2) Vgl. etwa die Beispiele auf S. 85 dieser Arbeit.

3) Vgl. etwa Kellerer: Wirtschaftliche Bedeutung, S. 11; Neumann, Gerhard, op.cit., S. 1088.

(3) Es kann angenommen werden, daß industrielle Hersteller die Produktkonkurrenz ihrer apothekengebundenen Präparate zu Waren, die in anderen Handelskanälen vertrieben werden, kennen und das Preisverhalten dieser Einzelhändler in ihrer Preissetzung berücksichtigt haben. Außerdem dürften sie die spezifischen Anforderungen der (beratungsintensiven) Apotheke an Handelsspannen in ihrer Preisgestaltung beachtet haben. Daher können unverbindliche Preisempfehlungen des Herstellers im allgemeinen als marktgerechte Verbraucherpreise angesehen werden. Eine Orientierung an Preisempfehlungen wird somit zu einem praktikablen Instrument, das eine Realisierung hoher Spannen erlaubt, die durch eine Betonung der hohen Produktqualität und der individuellen Beratungsleistung auch zu rechtfertigen sind.

(4) Ähnlich wie im Bereich der Arzneimittel fungiert der Preis auch bei beratungsbedürftigen Waren des Ergänzungssortiments angesichts hoher Kaufrisiken bei medizinischen Indikationen, großer Qualitätsunterschiede und geringer Kenntnisse von Konsumenten als wichtiger Indikator für die Beurteilung der Produktqualität. Preise, die um eine gewisse Spanne über denjenigen für konkurrierende Präparate in Betrieben anderer Branchen liegen, unterstreichen damit die hohe gebrauchstechnische Qualität apothekenexklusiver Waren.

(5) Untersucht man die Definition von Blickpunktartikeln auf ihre Gültigkeit für apothekengebundene Produkte, so wird deutlich, daß sie auf diesen Warentyp im allgemeinen nicht zutrifft. Diese Aussage korrespondiert mit der Tatsache einer geringen Preiskenntnis von Konsumenten bei Waren, die individuelle Problemlösungen anbieten wollen. Im übrigen sind echte Preisvergleiche für die Konsumenten logischerweise nicht möglich, so daß sich bei weitgehend einheitlicher Preisstellung in der Apothekerschaft auch kein Preisbewußtsein ausprägen kann.¹⁾ Hohe Preisspannen in dem genannten Warentyp haben daher nur geringe Auswirkungen auf die Beurteilung der Preiswürdigkeit des Gesamtassortiments.

1) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 9.

(6) Da für die Deckung individueller Bedarfe keine allgemeingültigen Preisschwellen in der Konsumentenschaft existieren können, kommt der psychologischen Preisgestaltung für Waren des genannten Typs nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Zu beachten ist allerdings, daß einige Warenarten dieses Typs eine stark ausgeprägte soziale Dimension der Produktqualität aufweisen können. Dies bedeutet, daß von hohen Preisen gewisse Prestigewirkungen ausgehen. So ist etwa bei hochwertigen Kosmetika ein Trend zu teuren Präparaten zu beobachten, die ihren Verwenderinnen gesellschaftliches Ansehen vermitteln sollen.¹⁾

(7) Ob Sonderangebote für beratungsbedürftige Waren zieladäquat sind, muß angesichts der Individualität der einer Nachfrage zugrunde liegenden Bedürfnisse bezweifelt werden. Saisonal abgestimmte Aktionen, wie z.B. das Angebot hochwertiger Sonnenschutzmittel in der Urlaubszeit, können jedoch unter Hinweis auf individuelle Beratung durchaus imagepflegende Effekte in der Verbraucherschaft zeitigen.

d. Strategie einer imagekonformen Preisbildung durch Mischkalkulation

Auf die enge Beziehung zwischen sortiments- und preispolitischen Aktivitäten wurde bereits mehrfach hingewiesen.²⁾ Sie besteht gleichermaßen zwischen Strategien in beiden Aktionsbereichen der Absatzpolitik. So bedingt die Strategie der differenzierten Diversifikation des Sortiments die preispolitische Strategie der Misch- bzw. Ausgleichskalkulation.³⁾ Dies gilt auch für eine marktfeldspezifische Konzentration auf bestimmte

1) Vgl. hierzu die Aussage bei Leitherer: Absatzlehre, S. 65 sowie die dort zitierte Literatur.

2) Vgl. hierzu auch Sandig: Betriebswirtschaftspolitik, S. 245.

3) Vgl. zu dieser Strategie allgemein Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 953; Meffert: Marketing, S. 308 ff.; Mellerowicz: Handelsspanne, S. 62 ff.; Seyffert: Wirtschaftslehre, insbes. S. 596 f., und vor allem Schmitz: Ausgleich, insbes. S. 12 ff. Hansen spricht in diesem Zusammenhang von kompensatorischer Preisstellung (vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 356 ff.).

Warenarten im Gesundheitspflegesortiment. Ein Verzicht auf diesen Warenbereich des Absatzprogramms macht dagegen Überlegungen des preispolitischen Ausgleichs hinfällig.

"Der Grundgedanke des kalkulatorischen Ausgleichs liegt darin, die isolierte Betrachtung von Kosten- und Erlösquellen zugunsten einer Verbundbetrachtung aufzugeben."¹⁾ Das Prinzip des kalkulatorischen Ausgleichs läßt sich umschreiben "als ein System betriebspolitischer Maßnahmen, bei dem mit Hilfe eines auf Ergebnisse kalkulatorischer Analysen gestützten Einsatzes geeigneter Mittel versucht wird, unterschiedliche Teilerfolge so auszubalancieren, daß sich der angestrebte Gesamterfolg ergibt."²⁾ Die auf das Gesundheitspflegesortiment in Apotheken bezogene Mischkalkulation ist daher in Form einer simultanen Kompensation zwischen Produkten bei einem Großteil der Apotheken geeignet, langfristig einen höheren Erfüllungsgrad von Erwerbs- und Darbietungszielen zu gewährleisten, als dies ein Verzicht auf einzelne Warentypen (vor allem: problemlose Waren) erreichen würde.³⁾

Die Mischkalkulation erhebt nach dem Kriterium zunehmender Beratungsbedürftigkeit der zu kalkulierenden Produkte steigende Aufschlagsätze auf den jeweiligen Einstandspreis.⁴⁾ Das heißt, problemlose Waren des täglichen Massenbedarfs (Ausgleichsnehmer) werden mit geringen, an den Konkurrenzpreisen ausgerichteten Spannen beaufschlagt, freiwahlgeeignete Waren des konsumentengruppenspezifischen Bedarfs mit einem zusätzlichen "Beratungsaufschlag" versehen. Demgegenüber werden erklärungsbedürftige, apothekenexklusive Waren des Individualbedarfs (Ausgleichsträger) mit hohen Aufschlagssätzen belegt, die angesichts hoher Produktqualitäten, akademischer Fachberatung und fehlender iden-

1) Raffée: Führungskonzeption, S. 9 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen)

2) Schmitz: Ausgleich, S. 10.

3) Vgl. hierzu allgemein Meffert: Marketing, S. 308 ff.; Schmitz: Ausgleich, S. 15 ff.; speziell für Apotheken: o.V.: Drei Aspekte, S. 3.

4) Auch Tietz empfiehlt differenzierte Preisniveaus bei Fremd- und Selbstbedienung als erfolgreiche Strategie des Einzelhandels (vgl. Tietz: Zukunftsperspektiven, S. 378).

tischer Konkurrenzangebote vertreten werden können, ohne daß der Eindruck von "Ausbeutungspreisen" entstehen dürfte. Dabei müssen allerdings Warengruppen mit niedrigen Aufschlagssätzen nicht zwangsläufig Verluste oder auch nur sehr geringe Deckungsbeiträge erbringen; denn sie verursachen meist geringe Einzelkosten und weisen eine relativ hohe Lagerumschlagsgeschwindigkeit auf.¹⁾ Zudem trägt ihre (niedrigere) Kalkulation wesentlich dazu bei, daß das Ziel einer Akzeptanz der Apotheke als Einkaufsstätte für Waren des täglichen Gesundheitspflegebedarfs erreicht und so die Kundenfrequenz gesteigert wird. Weiterhin kann nur durch diese konkurrenzorientierte Preisbildung in Teilen des Apothekensortiments das weithin bestehende Image der "Apothekerpreise" abgebaut werden.²⁾ Die Notwendigkeit, diese Absicht zu verfolgen, kann nicht genug betont werden; denn die öffentliche Meinung von der "teuren" Apotheke ist langfristig außerordentlich gefährlich für die Sicherung von Selbständigkeit, Ansehen und Einkommen der Apotheker. Aus dieser Einschätzung resultiert nämlich nicht zuletzt beim Gesetzgeber der Eindruck überhöhter Apothekereinkommen, die eine Kürzung der Spannen der Arzneimittelpreisverordnung nahelegen.

Die skizzierte strategische Vorgehensweise bei der Preisbildung kann sowohl für neu in das Sortiment aufgenommene Präparate eingeschlagen werden als auch für Preisänderungen von Waren des bestehenden Programms. Um den Eindruck eines preisstabilen, qualitätsbewußten Verhaltens von einer Apotheke zu vermitteln, sollten Preisvariationen jedoch nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden. Anlässe hierfür konnten - abgesehen von "Preisexperimenten" - etwa Preissteigerungen industrieller Hersteller, eine Aufhebung der Apothekenbindung einzelner Artikel oder langfristige Preisaktionen von Konkurrenten sein. Kurzfristige, häufige preisliche Schwankungen sind weder zieladäquat noch zur Imageprofilierung geeignet, seien sie aus eigener Initiative geboren, seien sie durch kurzfristige Aktionen von Wettbewerbern induziert.

1) Vgl. ebenso Theisen: Preispolitik, S. 75.

2) Zur Wirkung der Preispolitik auf das Geschäftsimage vgl. etwa Henseler, op.cit., S. 24 f.

Zum Schluß muß noch einmal betont werden, daß es die beschriebene Mischkalkulation erfordert, einen getrennten Erfolgsausweis des Nebensortiments zu erstellen, um nachweisen zu können, daß dieser Sortimentsteil die von ihm verursachten Kosten selbst trägt und nicht etwa von Erlösen des Arzneimittelsortiments subventioniert wird.

5. Kreditpolitische Maßnahmen

Im Rahmen der Kreditpolitik sind Maßnahmen zu treffen, "mit denen der zeitliche Verlauf des Wertstroms zwischen Einzelhändler und Kunden geregelt wird."¹⁾ Da der Einzelhandel überwiegend an Letztverbraucher absetzt, handelt es sich bei seiner Kreditpolitik weitgehend um Konsumfinanzierung.²⁾ Bevorzugte Konsumkreditformen des Einzelhandels sind das "Anschreibenlassen", eigene Teilzahlungs- und Wechselkredite sowie Monats- und Wochenabrechnungen mit oder ohne Kreditkarten.³⁾

a. Handlungsfeld der Kreditpolitik

Wesentliche Bestimmungsfaktoren für die Bedeutung der Kreditpolitik als eines Instruments der Marktbildung und -beeinflussung sind die jeweiligen Wareneigenarten und die jeweilige Betriebsform.⁴⁾ Dabei ist die Kreditpolitik für Güter des täglichen Bedarfs sowie in solchen Branchen, in denen Barzahlung allgemein üblich ist, von relativ geringer Bedeutung. Dies trifft bis zu einem gewissen Grad auch auf Apotheken zu.

Als Rahmenfaktoren der Absatzfinanzierung werden außerbetrieblich vor allem Merkmale von relevanten Konsumentenzielgruppen

1) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 399 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

2) Vgl. *ibid.*, S. 399; Menge, Robert: Über die Kreditfunktion des Einzelhandels. In: Distributionswirtschaft. Rudolf Seyffert zu seinem 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968, (Zitierweise: Kreditfunktion), S. 113 f.

3) Vgl. Tietz, Bruno: Konsumfinanzierung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1049.

4) Vgl. hierzu auch Menge: Kreditfunktion, S. 121 ff.

(wie z.B. Einkommen, Konsumgüterbedarf, sozialpsychische Einstellungen zur Inanspruchnahme von Krediten), zukünftige Erwartungen über die Entwicklung der Kaufkraftverhältnisse, das Verhalten von konkurrierenden Einzelhändlern sowie Anbietern von Krediten, innerbetrieblich insbesondere die Finanzierungsmöglichkeiten genannt.¹⁾ Außerdem ist die Gewährung von Krediten abhängig von der individuellen Risikoneigung des Unternehmers; denn Finanzierungen bergen z.B. Risiken des Ausfalls von Forderungen, der Geldentwertung und der eigenen Liquiditätsanspannung in sich.²⁾

Als handlungsbegrenzende Faktoren sind weiterhin staatliche Bestimmungen zu beachten, die für Apotheken wesentliche Besonderheiten gegenüber dem anderen Einzelhandel aufweisen. So findet sich beispielsweise in Betriebsvergleichen der Hinweis, daß ca. zwei Drittel des Apothekenumsatzes regelmäßig auf Kreditverkäufe entfällt.³⁾ Damit ist der Verkauf von Arzneimitteln auf Rezept an gesetzlich versicherte Krankenkassenmitglieder gemeint. Da diese Kreditierung rechtlich vorgeschrieben bzw. vertraglich vereinbart ist⁴⁾ und Krankenkassen im allgemeinen keinen direkten Einfluß auf Arzneimittelumsätze einzelner Apotheken nehmen können, hat das Instrument der Kreditgewährung für auf Rezept verordnete Medikamente, Heil- und Hilfsmittel keinerlei akquisitorische Wirkung im Wettbewerb.

Primär verfolgt die Kreditgewährung das Ziel einer Umsatzsteigerung,⁵⁾ die durch eine Erhöhung von Marktanteilen zu Lasten anderer Anbieter und/oder durch Bedarfserweiterungen aufgrund ei-

1) Vgl. z.B. Hansen, Einzelhandelsmarketing, S. 404 ff.

2) Vgl. hierzu ausführlich Ahlert, Dieter: Absatzförderung durch Absatzkredite an Abnehmer, Wiesbaden 1972, S. 202 ff.

3) Vgl. Menge: Betriebsvergleich, S. 1701.

4) Vgl. etwa den Arzneilieferungsvertrag für Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein vom 1. April 1978, op.cit., § 7.

5) Vgl. Fricke, Klaus: Die Kreditgewährung als absatzpolitisches Instrument im Einzelhandel - unter besonderer Berücksichtigung der Kreditkarte, Diss. München 1971, S. 95 f.; siehe auch Tietz: Grundlagen, Bd. II, S. 1001.

ner kaufenthemmenden Wirkung bei Wegfall der Barzahlung erreicht werden kann.¹⁾ Außerdem vermag die Kreditpolitik, direkt kundenpolitische Ziele erfüllen zu helfen,²⁾ indem z.B. durch Errichtung von Monatskonten Käufe periodisch abgerechnet werden und so Kunden Annehmlichkeiten geboten werden, was sie längerfristig an den Betrieb binden kann.³⁾ Nicht zuletzt sind laufende Kredite geeignet, die Kundenfrequenz zu erhöhen, indem sie einerseits die Bezahlung nach jedem einzelnen Einkaufsakt ersparen, andererseits dazu führen können, daß Konsumenten Waren, die sie bisher in anderen Betrieben und Betriebsformen erworben haben, bei der kreditgewährenden Unternehmung einkaufen.⁴⁾

b. Operative Handlungsprinzipien der Kreditpolitik

Als absatzpolitische Aktionsvariable im Bereich der Konsumfinanzierung kommen für Apotheken im allgemeinen nur der Buchkredit bzw. das "Anschieben" sowie die Kreditkarte in Frage. Buch- bzw. Anschreibekredite werden nämlich im allgemeinen ohne verbindliche Vereinbarung von Rückzahlungsterminen und ohne Erhebung von Kreditentgelten gewährt,⁵⁾ so daß Zahlungsziele in den meisten Fällen durch fallweise Regelung eingeräumt werden. Der Buchkredit setzt damit ein gewisses persönliches Vertrauensverhältnis zwischen Händler und Kunde voraus.⁶⁾

Bei der einzelnen Entscheidung über die Kreditvergabe kann sich der Apotheker an der Art des persönlichen Kontakts mit dem Kunden, seiner Bonität, Zuverlässigkeit, Besuchshäufigkeit und -regelmäßigkeit sowie der durchschnittlichen Höhe seiner Kaufbeträ-

1) Vgl. hierzu Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 404; siehe auch Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 277; Meffert: Marketing, S. 319.

2) Hierauf weist auch Fricke, op.cit., S. 96, hin.

3) Vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 277.

4) Empirische Untersuchungen in den USA belegen eine Bessererfüllung der genannten Ziele durch die Einräumung von Monatskonten (vgl. Fricke, op.cit., S. 185 ff.).

5) Vgl. etwa Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 408.

6) Vgl. Fricke, op.cit., S. 32.

ge orientieren. Während eine Preisdifferenzierung vor allem wegen der staatlichen Preisvorschriften ausgeschlossen bleibt, ist auf diese Art und Weise im Bereich der Konsumfinanzierung eine kunden(gruppen)spezifische Differenzierung möglich, und zwar sowohl bei Arzneimittelverkäufen als auch bei Umsätzen im Ergänzungssortiment.

Werden Stammkunden Zahlungsziele eingeräumt, so empfiehlt sich im Interesse einer "aktionsstabilen" Unternehmungspolitik eine regelmäßige, z.B. monatliche Rechnungsstellung oder auch eine Anforderung des Kaufbetrages nach Erreichen einer bestimmten Höhe. Ohne die wettbewerbspolitische Bedeutung einer derartigen Kreditgewährung überbetonen zu wollen, muß doch festgestellt werden, daß sie eines der wenigen absatzpolitischen Instrumente ist, das dem Apotheker auf freier Entscheidung basierende Einsatzmöglichkeiten bietet.

Ohne Aktivitätshinweise kann die Scheckkarte abgehandelt werden. Sie ist lediglich ein Hilfsinstrument der Konsumfinanzierung¹⁾ und bietet in Verbindung mit der Ausstellung von Euro-schecks wegen der Bankgarantie und der kurzfristigen Einlösung der Schecks eine problem- und risikolose Überbrückungsmöglichkeit von Bargeldmangel. Wegen ihrer allgemeinen Akzeptanz im Einzelhandel ist diese Kreditform allerdings kein Instrument mit wettbewerbsbeeinflussender Wirkung.

Eine Kreditierungsform neuerer Art stellt die von Banken oder speziellen Kreditkartengesellschaften herausgegebene Kreditkarte dar.²⁾ Sie bietet neben ihrer kurzfristigen Kreditfunktion vor allem den Vorteil eines bargeldlosen Zahlungsverkehrs und damit Zahlungserleichterungen.³⁾ Will ein Einzelhändler Kunden

1) Vgl. Tietz: Konsumfinanzierung, Sp. 1052.

2) Zur Abgrenzung von Kredit- und Scheckkarten vgl. Falk, Bernd R./Wolf, Jakob: Handelsbetriebe, 5. Aufl., München 1979, S. 278 f. Möglicherweise kann auch mit Einzelhandelsbetrieben anderer Branchen zusammen eine Kreditkarte in gemeinsamer Regie herausgegeben werden, was allerdings in der Bundesrepublik Deutschland bisher kaum verbreitet ist (vgl. hierzu Fricke, S. 45 ff.).

3) Zur Kredit- und Zahlungsvereinfachungsfunktion vgl. Fricke, op.cit., S. 38 ff.

anwerben, die sich einer Kreditkarte bedienen, und damit Umsätze steigern, so muß er mit der herausgebenden Gesellschaft den Anschluß an ihr Kreditkartensystem vereinbaren, wofür er i.d.R. Aufnahmegebühren und Umsatzprovisionen für die kreditierten Kundenrechnungen zu zahlen hat.¹⁾²⁾

Während der Apotheker Entscheidungen über die Vergabe von Buch- bzw. Anschreibekrediten vor allem nach persönlichen, kundenspezifischen Kriterien zu fällen hat, ist vor der Entscheidung über die Aufnahme in ein Kreditkartensystem insbesondere eine marktfeldspezifische Untersuchung von Konsumentengruppen vorzunehmen, die sich einer Kreditkarte bedienen.³⁾

Da die Ausgabe von Kreditkarten i.d.R. von einer bestimmten Höhe des Jahreseinkommens des Inhabers abhängig gemacht wird,⁴⁾ ist für eine Apotheke ein Anschluß an das System nur dann sinnvoll, wenn eine hohe Zahl kreditkartenbesitzender Stammkunden in ihrem Bedarfsgebiet ansässig ist bzw. eine entsprechende Anzahl von Laufkunden die Apotheke frequentiert. Dies wird vor allem in Kurorten und in den Zentren von Großstädten, die Ziel vieler Reisender sind, und bei Sonderlagen, wie z.B. in Großstadt-Bahnhöfen und auf Flugplätzen zutreffen.⁵⁾ Abgesehen von diesen Ausnahmen, dürfte der Anschluß an ein Kreditkartensystem für Apotheken wegen der hohen Gebühren und der i.d.R. bei uns (heute noch) geringen Zahl von Kunden, die Kreditkarten verwenden, kaum unternehmungspolitische Ziele erreichen helfen.

1) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 411; siehe auch Fricke, op.cit., S. 48 und S. 52 f.

2) Die Zahlung solcher Umsatzprovisionen für apothekenpflichtige Arzneimittel unterläuft allerdings die staatlichen Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung, so daß sie für diesen Sortimentsbereich nicht zulässig ist.

3) Über soziodemographische Merkmale typischer Kreditkartenbesitzer vgl. Fricke, op.cit., S. 83 ff.

4) Vgl. Tietz: Konsumfinanzierung, Sp. 1051.

5) Die genannten Standorte sind für Kreditkartenunternehmer auch ein wesentliches Kriterium der Auswahl der angeschlossenen Einzelhandelsbetriebe (vgl. Fricke, op.cit., S. 150).

E. ANGEBOTSORGANISATION

1. Abgrenzung und Stellung des Aktionsbereichs Angebotsorganisation

Der Handlungsbereich Angebotsorganisation umfaßt sämtliche Aktivitäten des Einzelhandels, die den Einsatz sächlicher und personeller Instrumente zum Zwecke des Angebots von Sach- und Dienstleistungen betreffen.¹⁾ Hinzu kommen Maßnahmen der Waren-darbietung für solche Produkte, die als "selbstverkäuflich" angesehen werden. Bei Angebotsorganisatorischen Entscheidungen geht es vor allem um die Frage der "optimalen" zeitlichen und materiellen Kombination von Betriebsmitteln, Arbeitsleistungen und Waren, mit deren Hilfe eine festgefügte und regelmäßige Gestaltung des Absatzprozesses erreicht werden soll. Im Vordergrund steht hierbei der akquisitorisch wirksame, marktbeeinflussende Effekt des Einsatzes von "Angebotsorganen".

Die genannte Definition der Angebotsorganisation unterscheidet sich von den meisten in der Literatur vorzufindenden Begriffsfassungen. So vermögen weder Sundhoff, der unter einer Absatzorganisation sämtliche langfristigen, generellen Regelungen versteht, denen die Absatztätigkeit unterworfen ist, (2) noch Schäfer, der die Absatzorganisation als die rahmengebende Gestaltung der ständigen Apparatur ansieht, innerhalb derer dann fortlaufende Absatzdispositionen (die Absatzpolitik) erfolgen, (3) den Besonderheiten, die Einzelhandelsbetriebe allgemein und Apotheken im speziellen an den Einsatz von "Angebotsorganen" stellen, gerecht zu werden. Dies gilt gleichermaßen für die in der neueren absatzwirtschaftlichen Literatur beschriebene Distributionspolitik, die regelmäßig auf die Situation industrieller Herstellerbetriebe zugeschnitten ist. (4)

-
- 1) Vgl. die ähnliche Definition von Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 265, für den Aktionsbereich Verkaufsorganisation.
 - 2) Vgl. Sundhoff, Edmund: Absatzorganisation, Wiesbaden 1958, S. 13; vgl. hierzu auch in etwas veränderter Weise: Alewell, Karl: Absatzorganisation. In: HWO, 2. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla, Stuttgart 1980, Sp. 30 ff.
 - 3) Vgl. Schäfer: Absatzwirtschaft, S. 320.
 - 4) Vgl. hierzu etwa Kotler: Marketing-Management, S. 413; Meffert: Marketing, S. 389 f.; Bidlingmaier: Marketing 2, S. 327 ff.; Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 320 ff.; Weinberg, Peter/Behrens, Gerold/Kaas, Klaus P.: Ansatzpunkte und Probleme der Distribution. In: Marketingentscheidungen, hrsg. v. Peter Weinberg, Gerold Behrens und Klaus P. Kaas, Köln 1974, S. 278 f.

Im einzelnen gehören zum Handlungsbereich der Angebotsorganisation zunächst Fragen der zeitlichen und sächlichen Vorhaltung von Kapazitäten (Betriebsbereitschaftspolitik)¹⁾ und die Wahl der Verkaufsform.²⁾ Im Mittelpunkt angebotsorganisatorischer Bemühungen steht dann die Gestaltung des Ladengeschäfts (point of purchase) in ihrer leistungsbezogenen akquisitorischen Wirkung. Eine Abrundung erfährt der genannte Handlungsbereich durch die Erörterung von Verkaufspersonalentscheidungen.

Die Elemente der Sparte Angebotsorganisation sind insgesamt wesentlich heterogener, als dies für Teilelemente in den bisher untersuchten Aktionsbereichen der Fall ist. Zudem sind Überschneidungen etwa zur Werbung nicht ganz zu vermeiden. Dies gilt vor allem für die persönliche Bedienung und für die Ladengestaltung, die gleichermaßen organisatorische und kommunikative bzw. werbende Aspekte beinhalten. So wird die Ladengestaltung teilweise auch der Werbung zugerechnet.³⁾ Letztlich lassen sich jedoch angebotsorganisatorische und rein kommunikative Effekte einer Ladeneinrichtung in der Praxis nicht trennen. Dies gilt gleichermaßen für die Platzierung der Waren im Verkaufsraum. Eine Zuordnung der genannten Teilbereiche zu bestimmten Sparten der Absatzpolitik muß sich daher an dem Zweck der jeweiligen wissenschaftlichen Untersuchung orientieren, wobei im vorliegenden Fall pragmatische Gesichtspunkte einer Gestaltung der Wirklichkeit den Vorrang vor rein theoretisch-deskriptiven Überlegungen erhalten.

-
- 1) Die Betriebsbereitschaft im Handel rechnen Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 327 ff. zu dem Bereich der mit der Angebotsorganisation korrespondierenden Distributionspolitik (vgl. hierzu auch Dichtl, Erwin: Grundzüge der Binnenhandelspolitik, Stuttgart-New York 1979 (Zitierweise: Binnenhandelspolitik), S. 107 ff.). Tietz zählt die zeitliche Betriebsbereitschaft als Kontaktbereitschaft demgegenüber zur Kommunikationspolitik (vgl. Tietz: Grundlagen, Bd. II, S. 803).
 - 2) Einen ähnlichen Bereich grenzt Gutenberg mit den "Absatzformen" ab, die er allerdings nicht allein auf Einzelhandelsbetriebe bezieht und die zudem von den von ihm ebenfalls beschriebenen Instrumenten "Vertriebssysteme" und "Absatzwege" nicht sauber zu trennen sind. So handelt Gutenberg z.B. die Selbstbedienung im Bereich der Absatzformen ab, spricht von ihr aber gleichzeitig als von einem "Verkaufssystem" (vgl. Gutenberg: Der Absatz, S. 115).
 - 3) So z.B. Leitherer: Absatzpolitik, S. 691; siehe hierzu auch Tietz: Marketing, S. 289. Die gleiche Einordnung wie die vorliegende Arbeit nehmen

Insbesondere für Betriebe, deren Leistungsprogramm untereinander in wichtigen Teilen annähernd identisch ist, wie dies auf Apotheken hinsichtlich des Sortiments apothekenpflichtiger Arzneimittel weitgehend zutrifft, gewinnt die Angebotsorganisation an Bedeutung in dem Bemühen, Präferenzen für den eigenen Betrieb bei Verbrauchern zu schaffen und zu erhalten. Zudem wird sich zeigen, daß die Handlungsspielräume von Apothekern in diesem Bereich teilweise größer sind als etwa bei der Sortiments-, Preis- und Werbepolitik.

2. Betriebsbereitschaftspolitik

Die Betriebsbereitschaft umfaßt zeitliche und materielle Aspekte einer Leistungsbereitschaft, d.h. die Elemente Dienst- und Lieferbereitschaft.¹⁾ Entscheidungen über die Dienstbereitschaft von Apotheken betreffen einerseits die betriebsindividuellen Ladenöffnungszeiten, andererseits diejenigen Zeiträume, in denen Bereitschaftsleistungen für die Deckung dringender Bedarfe (Nacht- und Feiertagsdienst) erbracht werden. Dagegen gibt die Lieferbereitschaft den Grad der Verfügbarkeit einer Ware an, d.h. den Prozentanteil derjenigen Güter, die bei Nachfrage sofort ab Lager geliefert werden können.²⁾ Die beiden Komponenten der Betriebsbereitschaft hängen trotz ihrer auf den ersten Blick zu vermutenden Heterogenität eng zusammen und müssen daher auch gemeinsam behandelt werden;³⁾ denn letztlich geht es in diesem Bereich um die Vorhaltung von Kapazitäten, die für die Beantwortung der Frage nach der sofortigen Erhältlichkeit eines Medikaments bei einem auftretenden Gesundheitsbedarf entscheidend ist. Die

etwa Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 298 ff. und Welzel, op.cit., S. 132, vor. In der amerikanischen Literatur wird die Ladengestaltung häufig als eigenständiger Bereich angesehen (vgl. etwa Gist: Retailing, S. 231 ff.; Duncan/Phillips, op.cit., S. 147 ff.).

1) Demgegenüber versteht Dichtl unter der Betriebsbereitschaft im Handel allein die Ladenöffnungszeiten (vgl. Dichtl, Erwin: Die Betriebsbereitschaft im Einzelhandel als Optimierungsproblem. In: FfH-Mitteilungen, N.F., Nr. X/12, Dezember 1969, S. 1 ff.).

2) Vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 197 f.

3) So ähnlich auch Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 327.

Lieferfähigkeit ist dabei zunächst von der Ladenöffnung bzw. Dienstbereitschaft, sodann auch von der Lieferbereitschaft nach erfolgter Artikulation eines Bedarfs abhängig.

Die Lieferbereitschaft wird in der Literatur häufig als ein Ausfluß des jeweiligen logistischen Systems in Unternehmungen angesehen.¹⁾ Dabei beschäftigt sich die Logistik vorwiegend mit der "Gestaltung und Regelung von Realgüterströmen."²⁾ Ihre Maßnahmen "zielen auf die Überwindung von Raum/Zeit-Disparitäten bei der physischen Zuführung materieller Güter ... " ab.³⁾ Zwar kann nicht bestritten werden, daß die Gestaltung des logistischen Systems einer Apotheke insgesamt erhebliche akquisitorische Auswirkungen hat. Eine umfassende Darstellung logistischer Prozesse würde jedoch den Arbeitsrahmen sprengen, da bei deren Steuerung vor allem Fragen der Beschaffung und Lagerhaltung, die anderen betrieblichen Funktionsgebieten zuzuordnen sind,⁴⁾ angesprochen werden müßten. Zudem kann der wichtigste, akquisitorisch wirksame Output der physischen Distribution, nämlich die Lieferzeit, von Apotheken kaum als Aktionsvariable eingesetzt werden, da ihre Ausprägungen weitgehend von Aktivitäten des pharmazeutischen Großhandels abhängen.⁵⁾ Im Interesse einer durchgängigen Betrachtung wirtschaftlicher Vorgänge⁶⁾ und der effizienten Gestaltung eines makrologistischen Systems der Arzneimittellversorgung könnte es allerdings sehr nützlich sein,

1) Vgl. etwa Poth, Ludwig G.: Praxis der Marketing-Logistik, Heidelberg 1973 (Zitierweise: Marketing-Logistik), S. 48 ff.; Krulis-Randa, Jan S.: Marketing-Logistik, Bern und Stuttgart 1977, S. 170 ff.; Pfohl, Hans-Christian: Marketing-Logistik, Mainz 1972, S. 180 ff.

2) Ihde, Gösta B.: Logistik, Stuttgart 1972, S. 15.

3) Ibid., S. 15; vgl. auch Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 196, der die Definition von Ihde ebenfalls übernimmt.

4) Zur Aufteilung betrieblicher Funktionsgebiete vgl. etwa Oettle: Wirtschaftsdidaktik, S. 72.

5) Da konkurrierende Apotheken in angrenzenden Marktgebieten von Großhändlern i.d.R. nur dann unterschiedlich bedient werden, wenn ihre innerbetrieblichen Bestelltechnologien erheblich differieren, was nur noch in Ausnahmefällen zutrifft, kann der Lieferzeit auch keine wettbewerbsbeeinflussende Wirkung zukommen.

6) Vgl. zu dieser Forderung Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 196; vgl. auch Oettle: Wirtschaftsdidaktik, S. 72 f.

eine detaillierte Analyse logistischer Prozesse im Arzneimittelhandel durchzuführen, die Standortwahl, Transport-, Beschaffungs- und Lagervorgänge bei Großhandel und Apotheken simultan berücksichtigt.

a. Handlungsrahmen der Betriebsbereitschaftspolitik

Der innerbetriebliche Handlungsrahmen der Betriebsbereitschaftspolitik wird vor allem von den vorhandenen sächlichen und personellen Kapazitäten gesetzt. Weiterhin sind finanzielle Grenzen der Kapazitätserweiterung als Daten anzusehen. Rahmenbildend wirken auch absatzpolitische Entscheidungen in anderen Aktionsbereichen, wie etwa die Standortwahl, die für die jeweiligen ortsüblichen Ladenschlußzeiten verantwortlich ist, oder die Aufnahme von Präparaten in das Sortiment, die maßgeblich über ihre sofortige Lieferfähigkeit befindet.

Außerbetrieblich sind als Rahmenfaktoren vor allem gesetzliche Bestimmungen zu nennen. So sind Apotheken einer expliziten Dienstbereitschaftsregelung unterworfen, nach der sie ständig dienstbereit sein müssen, außer zu den Zeiten, in denen sie gemäß einer Anordnung, deren Erlaß das Ladenschlußgesetz fordert, geschlossen zu halten sind.¹⁾ Diese Anordnung muß von der zuständigen Landesbehörde getroffen werden und enthält eine systematische Dienstbereitschaftsordnung für Apotheken einer oder mehrerer benachbarter Gemeinden, nach der abwechselnd ein Teil der Apotheken während der allgemeinen Ladenschlußzeiten und darüber hinaus montags bis samstags von sieben bis acht Uhr geschlossen sein muß.²⁾ Die Zahl derjenigen Apotheken, die in keinen geregelten Dienstbereitschaftsplan eingegliedert sind, soll dabei möglichst gering gehalten werden;³⁾ denn diese müssen grundsätzlich ständig dienstbereit sein, es sei denn, sie sind von der zuständigen Behörde für bestimmte Stunden oder für ganze Tage

1) Vgl. § 5, Abs. 1, ApoBo.

2) Vgl. § 4, Abs. 2 Ladenschlußgesetz (LschG); vgl. hierzu etwa auch Reuter, A.: Verletzung der Vorschriften über den Ladenschluß und die Dienstbereitschaft. In: Pharm.Ztg., 113.Jg. (1968), S. 530 f.

3) Vgl. Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 55.

hiervon befreit worden.¹⁾ Eine Entbindung von der Dienstbereitschaftspflicht muß i.d.R. auch für die Dauer der ortsüblichen Schließzeiten, d.h. eine spätere Öffnung und frühere Schließung als zu den allgemeinen Ladenschließzeiten, eine Mittagspause sowie einen Nachmittag in der Woche (im allgemeinen mittwochs), beantragt werden.²⁾ Eine Ausnahme hiervon liegt vor, wenn die zuständige Behörde jeweils pauschal sämtliche Apotheken ihres Bezirkes von der Dienstbereitschaftspflicht befreit, wie dies etwa in Baden-Württemberg für den Mittwoch-Nachmittag geschehen ist.³⁾

Gesetzliche Bestimmungen existieren außerdem über Mindestlagermengen von Medikamenten einzelner Indikationsgebiete.⁴⁾ Weiterhin ist zu beachten, daß Arzneimittel grundsätzlich nur in den Apothekenbetriebsräumen abgegeben werden dürfen.⁵⁾ Ihre Versendung aus der Apotheke oder ihre Zustellung durch Boten sind nur ausnahmsweise zulässig.⁶⁾ Dagegen kann die Betriebsbereitschaft in bezug auf die Übermittlung von ärztlichen Verschreibungen an den Apotheker mit Zustimmung der zuständigen Behörde durch die Errichtung einer Rezeptsammelstelle erweitert werden, wenn diese "zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von abgelegenen Orten oder Ortsteilen ohne Apotheken ... notwendig ist."⁷⁾ Offen bleibt hierbei allerdings die Frage, ob der Patient nach der

-
- 1) Vgl. hierzu § 5, Abs. 3 ApoBo. Über die Auslegung dieser Bestimmung im einzelnen sowie den Ermessensspielraum der Behörde vgl. ausführlich Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 55 ff.; siehe auch Naser, Siegfried: Dienstbereitschaft von Apotheken. In: DAZ, 119.Jg. (1979), S. 1345 sowie die dort zitierten Gerichtsurteile.
 - 2) Vgl. hierzu Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 56 f.
 - 3) Vgl. ibid., Blatt 57.
 - 4) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 169 dieser Arbeit.
 - 5) Vgl. § 10, Abs. 1 ApoBo.
 - 6) Vgl. § 10, Abs. 1 ApoBo sowie den Kommentar hierzu bei Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 82.
 - 7) § 11, Abs. 1, Satz 2 ApoBo. Zu Kriterien der Operationalisierung dieser Vorschrift vgl. ausführlich Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 95 f.; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 9. Juli 1974 (BVerwG I C 24.73), abgedruckt in: Pharm.Ztg., 119.Jg. (1974), S. 1297 ff.; vgl. auch Hilpert, Wilhelm: Wenn die Apotheke weit entfernt ist. In: SZ, Nr. 104 vom 15.5.1980, S. 14 sowie Woldert, Siegfried: Apotheker streiten um Rezeptsammelstelle. In: SZ, Nr. 146 vom 27.6.1980, S. 23.

Abgabe seines Rezeptes an der Sammelstelle die gewünschten Medikamente selbst in der Apotheke abholen muß oder ob sie ihm ins Haus geliefert werden.

Einen teilweise engen Handlungsrahmen für Entscheidungen über die Betriebsbereitschaft setzen auch marktfeldspezifische Einstellungen und Einkaufsgewohnheiten von Bedarfsträgern. So differiert etwa die Akzeptanz bestimmter Dienst- und Lieferbereitschaftsgrade in verschiedenen Nachfragerschichten und Regionen sowie teilweise in Abhängigkeit von der Nähe zu Konkurrenzbetrieben.¹⁾ Grenzwerte, deren Unterschreitung zu einem Abwandern von Kunden führt, können daher nur konsumentengruppen- und marktfeldspezifisch durch Analysen oder aus Erfahrungswerten ermittelt werden.

b. Ziele der Betriebsbereitschaftspolitik

Bei Versorgungsbetrieben drängen nicht selten "übergeordnete gemeinwirtschaftliche Zielsetzungen erwerbswirtschaftliche Determinanten der Lieferbereitschaft zurück."²⁾ Bezugspunkt für eine Definition von Zielen der Dienst- und Lieferbereitschaft bilden für Apotheken daher vor allem Darbietungsziele und leistungswirtschaftliche Sicherungsziele. "So ist ein sehr wesentlicher Gesichtspunkt beim Betrieb einer Apotheke die Optimierung der Lieferbereitschaft."³⁾ Die Bereithaltung von Produktionskapazitäten (im Labor) dient u.a. der Vorsorge vor eventuellen Ausfällen der industriellen Produktion.⁴⁾ Weiterhin soll die Betriebsbereitschaft von Apotheken dringliche Bedarfe von Patienten nach Arzneimitteln durch sofortige Auslieferung u.a. auch

-
- 1) Über den Zusammenhang zwischen Reaktionselastizitäten von Nachfragern auf unterschiedliche Grade der Betriebsbereitschaft und den jeweiligen Konkurrenzverhältnissen vgl. Oettle: Dienstbereitschaft, S. 28.
 - 2) Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 322 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).
 - 3) Eberhardt, Helmut: Computer-Einsatz in Apotheken: "Besser eine vernünftige Diät als unkontrollierte Völlerei". In: Pharm.Ztg., 125.Jg. (1980), S. 401.
 - 4) Vgl.hierzu auch Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 59.

während der allgemeinen Ladenschlußzeiten gewährleisten; denn die Bedürfnisse nach dauernder medizinischer und pharmazeutischer Versorgung sind existentieller Natur, da sie "nur unter Gefährdung von Leib und Leben unerfüllt bleiben können".¹⁾ Kosten, welche die Bereithaltung sächlicher und personeller Kapazitäten verursacht, sind daher keinesfalls Leer-, sondern Nutzkosten.²⁾ Ihre Inkaufnahme führt zu betrieblichen Erfolgen in Form höherer Erfüllungsgrade von Leistungszielen, auch wenn sich der Nutzen von Bereitschaftsleistungen im Gegensatz zu ihren Kosten nur äußerst schwer messen läßt.³⁾ Da Apotheken als privatwirtschaftliche Unternehmungen ihre Kosten allein durch Umsatzerlöse decken müssen, existieren allerdings wirtschaftliche Grenzen der Ausweitung der Betriebsbereitschaft, die aber nur im Einzelfall festgestellt werden können, indem ermittelt wird, in welchem Ausmaß Bereithaltungsleistungen durch ihre Inanspruchnahme faktisch "abgesetzt" werden. Angesichts des hohen Ranges der Gesundheit für jeden einzelnen Menschen müssen Mindeststandards von Bereitschaftsleistungen allerdings unabhängig davon festgesetzt werden, ob sie durch Umsatzerlöse kompensiert werden.⁴⁾ Dabei ergibt sich die Notwendigkeit, zumindest Lieferbereitschaftsziele unterschiedlich zu konkretisieren, je nachdem, auf welchen apothekenspezifischen Teilmarkt sie sich richten, weil sowohl der Rang der Darbietungsziele differiert als auch Reaktionselastizitäten von Nachfragern etwa bei dringlichen Arzneimittelbedarfen sicherlich anders ausgeprägt sind als bei Bedarfen nach Körperpflegemitteln. Daß das Substitutionsverbot für auf Rezept verordnete Medikamente einen wesentlich höheren Lie-

1) Oettle: Dienstbereitschaft, S. 29.

2) Vgl. ibid., S. 20; siehe auch Oettle: Raumwirtschaftliche Aspekte, S. 116.

3) Vgl. Oettle: Dienstbereitschaft, S. 20 f.

4) So werden die im Nacht- und Sonntagsdienst erzielten Umsatzerlöse (abgesehen von besonderen Standorten, wie etwa in Großstadtbahnhöfen) im allgemeinen nicht ausreichen, um vor allem verursachte Personalkosten (teilweise kalkulatorische Unternehmerlöhne) zu decken (vgl. hierzu auch Sobeslavsky, Hans: Gastkommentar zum Notdienst in Apotheken. In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 14, S. 7). Hieraus kann nicht die Forderung abgeleitet werden, auf die Dienstbereitschaft zu verzichten.

ferbereitschaftsgrad für diese Warengattung bedingt, als dies beispielsweise für Waren des Gesundheitspflegesortiments notwendig ist, die vielfältig ersetzbar sind, muß wohl nicht mehr begründet werden.

In der Realität wird die Operationalisierung von Dienstbereitschaftszielen von den jeweiligen wirtschaftlichen Entfernungen zwischen Apotheken abhängen, die einem sachgerechten Dienstbereitschaftsplan zugrunde zu legen sind. Demgegenüber ist durchweg ein sehr hoher Grad der Lieferbereitschaft zu fordern.¹⁾ Dies gilt sowohl bei geringeren Entfernungen zu Mitanbietern (z.B. in Ballungsgebieten), und zwar aus Konkurrenzgründen, als auch bei größeren Entfernungen zu Wettbewerbern (z.B. auf dem flachen Land), und zwar aus Versorgungsgesichtspunkten.

c. Operative Handlungsprinzipien der Betriebsbereitschaftspolitik

ca. Prinzipien der Dienstbereitschaft

Für die Regelung des Notdienstes in der Nacht und an Feiertagen kann nur das Prinzip der Abstimmung mit den benachbarten Apotheken zieladäquat sein. Hierbei ist zwischen den privaten Interessen von Apothekern nach einer Entlastung von Bereitschaftsdiensten und dem kollektiven Interesse einer immerwährenden Versorgungsgarantie abzuwägen. Patentrezepte zu einer Lösung dieser Aufgabe existieren nicht.²⁾

Was die Beantwortung der Frage anbelangt, sich an den Stunden, die zwischen (kürzeren) ortsüblichen und (längeren) allgemeinen

-
- 1) Teilweise wird für Apotheken ein Lieferbereitschaftsgrad von mindestens 98 % verlangt (vgl. o.V.: Profit-Center: Neue Apotheken-Einrichtungen II. In: Pharm.Rundschau, Nr. 3/1980, S. 26). Empirische Erhebungen in Schweden zeigen, daß der Grad der Lieferbereitschaft dort durchschnittlich etwa 96 % beträgt (vgl. Väime, Rein: Hier wurde Vater Staat zum Arbeitgeber der Pharmazeuten! In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 10, S. 12).
 - 2) Hinsichtlich der geographischen Entfernung von Kundenwohnsitzen und einer dienstbereiten Apotheke hat die Rechtsprechung Wege von ca. 5 - 7 km, in besonderen Fällen auch nicht erheblich längere Wege als Richtwerte aufgestellt (vgl. hierzu ausführlich Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 55).

Ladenöffnungszeiten liegen, von der Dienstbereitschaftspflicht befreien zu lassen, müssen vor allem die Prinzipien einer Orientierung an Mitanbietern und am Verhalten von Konsumenten herangezogen werden. Dabei zielt eine Anpassung an die Geschäftszeiten von Wettbewerbern auf die Erhaltung bestehender Marktanteile ab. Dieses Ziel kann auch durch eine Verkürzung von Ladenöffnungszeiten auf allgemein ortsübliche dann erreicht werden, wenn die Konkurrenten nachziehen.¹⁾ Demgegenüber kann eine Ausdehnung der Geschäftszeiten, vor allem in den Mittagsstunden sowie mittwochs am Nachmittag, helfen, Marktanteile zu gewinnen. Dies ist insbesondere bei einem hohen Anteil von Laufkunden zu beachten, die das Geschäft zu den genannten Zeiten passieren (wie z.B. in Zentren von Städten).

Wird angestrebt, Marktanteile im Bereich des Gesundheitspflegesortiments von Betrieben anderer Branchen zu gewinnen, müssen auch deren Öffnungszeiten als Orientierungspunkte herangezogen werden. Als Grundlage für Entscheidungen über die zeitliche Leistungsbereitschaft sind allerdings Analysen derjenigen Konkurrenzumsätze anzufertigen, die zu den strittigen Ladenöffnungszeiten erzielt werden. Hier geht es letztlich allein darum, daß Mehrumsätze durch eine Ausweitung der Öffnungszeiten Mehrkosten, z.B. im Personalsektor, überkompensieren.

Aus der oft vorhandenen zeitlichen Verbindung zwischen Arztkonsultation und Arzneimittelnachfrage resultiert das Prinzip der Orientierung an Sprechstundenzeiten von Ärzten und Heilpraktikern, die in dem jeweils relevanten Marktfeld ansässig sind. Dieses Prinzip kann sowohl einer besseren Versorgung der Bevölkerung mit komplementären Gesundheitsleistungen als auch Erwerbszielen gerecht werden; denn Standortpräferenzen von Apotheken werden durch derart korrespondierende Öffnungszeiten verstärkt.

In diesem Zusammenhang ist auch kurz auf die gegenwärtig wieder aufgelebte Diskussion über das Ladenschlußgesetz einzugehen.

1) Dabei muß allerdings gewährleistet sein, daß immer eine Apotheke in zumutbarer Entfernung dienstbereit ist.

Ohne die bekannten Argumente für eine Ausdehnung der Ladenöffnungszeiten wiederholen zu müssen,¹⁾ spricht einiges dafür, daß Apotheken, und zwar insbesondere solche mit einem Standort in Wohnsiedlungen von Berufstätigen, durch Öffnungszeiten in den Abendstunden erhebliche Umsätze anziehen könnten. Einerseits korrespondieren diese Zeiten nämlich mit ärztlichen Ordinationen, die in neuerer Zeit häufig auf den späten Nachmittag verlegt worden sind, andererseits haben viele Kunden zu diesen Zeiten mehr Muße für eine fachliche Beratung durch den Apotheker. Ob in Zukunft eine Wahlmöglichkeit der Öffnung etwa donnerstags und/oder freitags abends gegeben sein wird, muß allerdings angesichts gesetzgeberischer Schwerfälligkeit und wegen des Bemühens der Standesvertretungen, Wettbewerb unter Apotheken auszuschalten, bezweifelt werden.

cb. Prinzipien der Lieferbereitschaft

Operative Handlungsprinzipien der Gestaltung von Lieferbereitschaftsgraden richten sich vor allem auf Maßnahmen der Lagerhaltung und der Bestellung. Sie sind an dieser Stelle nur anzureißen. Bei einer intensiven Untersuchung des logistischen Systems der Arzneimittelversorgung wären ihre möglichen Ausprägungen, Voraussetzungen und Folgen vertieft zu analysieren. Im Mittelpunkt von lagerpolitischen Entscheidungen stehen dabei das Prinzip der Schaffung eines Generalalphabets,²⁾ das helfen soll, Suchprozesse zu "optimieren", das Prinzip der Lagerung umschlagsstarker Artikel in der Nähe der Verkaufstheke³⁾ und das Prinzip der Auswahl funktioneller Betriebsmittel. Hinzu kom-

1) Zu diesen Argumenten vgl. z.B. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 328 f.; Welge, Hans-Dieter: Ladenöffnungszeiten. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1179 ff.; Dichtl: Binnenhandelspolitik, S. 107.

2) Vgl. hierzu Schaber, Paul unter Mitwirkung von Walter Dambier und Gerd Flad: Die Apotheke von heute, 2. Aufl., Frankfurt/Main 1976, S. 11; Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 176; Zander/Zander: Apothekenbetriebslehre, S. 49.

3) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 297f. dieser Arbeit.

men Grundsätze der Lagerverwaltung.¹⁾ Fragen der Bestellung richten sich insbesondere auf die Auswahl der Lieferanten, auf Mindestbestellmengen und auf den jeweils optimalen Bestellzeitpunkt. Zu ihrer Lösung werden umfangreiche Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, die von einfachen, mechanischen Sortiergeräten für Lagerkarteikarten²⁾ bis zum Einsatz von Anlagen der elektronischen Datenverarbeitung reichen.³⁾ Hierbei ist vor allem auf die Bedeutung einer flexiblen Bestellmengenpolitik hinzuweisen,⁴⁾ die Schwankungen in der Bedarfsstruktur und in den Verschreibungsgewohnheiten von Ärzten berücksichtigt. Als Faustregel ist festzuhalten, daß die Wareneigenarten von Arzneimitteln und ihre große Zahl auf den pharmazeutischen Märkten das Prinzip der häufigen und kleinen Bestellmengen, die Besonderheiten von Waren des Gesundheitspflegesortiments und die Konkurrenz zu Betrieben anderer Branchen in diesem Bereich dagegen das Prinzip der seltenen und großen Bestellmengen erfordern.⁵⁾ Letzteres ist auch bei saisonal schwankender Nachfrage nach Medikamenten bestimmter Indikationsgebiete anzuwenden.

Einer Erhöhung der Betriebsbereitschaft vermögen nicht zuletzt das Prinzip der Errichtung von Rezeptsammelstellen sowie Prinzipien der Auslieferung zu dienen. Dabei helfen Rezeptsammelstellen,

1) Zur Lagerverwaltung vgl. allgemein Petermann: Absatzwirtschaft, S. 124 f.; speziell für Apotheken wird als wesentlichstes Hilfsmittel der Lagerverwaltung das ABDA-Lochkartensystem propagiert (vgl. hierzu ausführlich Schaber/Dambier/Flad, op.cit., passim; Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 103 ff).

2) Vgl. hierzu das System der Bestellmengenermittlung für Apotheken von Zinsser (vgl. Zinsser, F.: Bestell- und Lageroptimierung mit Hilfe des Bestellmengenoptimierers nach Zinsser. In: DAZ, 115.Jg. (1975), S. 1689; siehe auch Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 114 ff.; Schaber/Dambier/Flad, op.cit., S. 85 f.); vgl. zu Fragen der Bestellmenge in Apotheken auch Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 211 ff.

3) Vgl. hierzu ausführlich Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 119 ff.; siehe auch Eberhardt, op.cit., S. 400 ff.

4) Dies betont allgemein etwa auch Kotler: Marketing-Management, S. 596.

5) Vgl. zu diesen Beschaffungsprinzipien allgemein Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 559 f.

Fehlmengenkosten zu vermeiden, indem sie verhindern, daß ein Kunde erfolglos eine Apotheke zum Erwerb verschriebener Arzneimittel aufsucht. Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß zwischen den Leerungszeiten der Sammelstelle und der Abholung der Medikamente immer noch Zeit für eine Bestellung und eine Lieferung durch den Großhandel verbleibt, damit Medikamente, die nicht auf Lager sind, vor der Abholung durch den Kunden noch beschafft werden können.

Eine Auslieferung von Arzneien in die Wohnung des Kunden vermag, negative Folgen mangelhafter Lieferbereitschaften zu verringern, indem dem Patienten ein erneutes Aufsuchen des Ladengeschäftes erspart wird. Da es nicht erlaubt ist, etwa eine "Versandapotheke" zu betreiben, kann sich die Auslieferung nur auf Sonderfälle beschränken.¹⁾ Kriterien einer Auslieferung können dabei vor allem in der Person des Patienten selbst liegen (z.B. Lieferung für Rentner, Gehbehinderte) sowie waren-spezifischer Natur (z.B. sperrige oder schwere Güter) und/oder geographischer Art (z.B. größere Entfernungen) sein.

Zusammenfassend ist nicht zuletzt darauf hinzuweisen, daß "patientenfreundliche" Dienstbereitschaftsregelungen und hohe Lieferbereitschaftsgrade zur Imagebildung der Institution Apotheke beitragen. Sie erlauben nämlich deutliche Abgrenzungen zu rein kommerziellen Einzelhandelsbetrieben, die auf Märkten für Gesundheitsleistungen tätig sind, und bieten dem Apotheker die Chance "zu beweisen, daß er jederzeit für seine Patienten da ist."²⁾

1) Zudem dürfte es fraglich sein, ob die von einer Zustellung von Medikamenten durch Boten verursachten Kosten durch Umsatzmehrerlöse überkompensiert werden können (vgl. auch Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 205).

2) Tenzer, Ekkehard: Kennen Sie das Image Ihrer Apotheke? In: spektra, Nr. 2/1979, S. 21.

3. Verkaufsformpolitik

Durch die Festlegung der Verkaufsform bzw. des Bedienungssystems "wird nach vollzogener Kontaktabbahnung die Aufgabenverteilung zwischen Handelspersonal und Konsument während des Verkaufsprozesses geregelt."¹⁾ Klar abgegrenzte Bedienungssysteme sind daher Voraussetzung für einen reibungslosen Verkaufsablauf.²⁾ Dabei setzt die jeweils gewählte Verkaufsform einen Handlungsrahmen sowohl für die Ladeneinrichtung als auch für den Einsatz des Verkaufspersonals.³⁾

Gemäß Art und Umfang des Personaleinsatzes für die Erfüllung von Verkaufsaufgaben "kann eine abgestufte Reihe verschiedener Bedienungsformen gebildet werden."⁴⁾ Man unterscheidet Fremdbedienung, Vorwahl, Freiwahl, Selbstbedienung und Automatenverkauf.

Fremdbedienung liegt vor, wenn der Verkäufer dem Kunden Produkte aus einem für diesen nicht zugänglichen Sortiment vorlegt sowie Beratung, Übergabe der Waren und Inkasso des Verkaufspreises übernimmt.⁵⁾ Bei der Selbstbedienung holt der Kunde die griffbereit ausgelegten bzw. ausgestellten Waren ohne Mitwirkung eines Verkäufers aus dem Regal und bringt sie zur Kasse.⁶⁾ Von Vorwahl wird gesprochen, wenn der Kunde selbst aus einem ihm zugänglichen Warenangebot auswählt, das Bedienungspersonal jedoch die Aufgabe hat, "Zweifel zu klären und den Kauf zum Abschluß zu bringen."⁷⁾ Die Verkaufsmethode der Freiwahl, die eine freie Entscheidung des Kunden zwischen Selbst- und Fremdbedienung erlaubt, wurde bereits definiert.⁸⁾ Beim Verkauf aus Warenautomaten, der auch totale Selbstbedienung genannt wird, übernimmt der

1) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 282 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen). Vgl. auch Bidlingmaier, Johannes: Einzelhandel, Betriebsformen des. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 533 f.

2) Vgl. ähnlich Villiger: Marketing, S. 336.

3) Vgl. auch Holscher, Claus: Präsentation im Einzelhandel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1639.

4) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 283 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

5) Vgl. Falk/Wolf: Handelsbetriebslehre, S. 253; Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 283.

6) Vgl. etwa Gutenberg: Der Absatz, S. 114; Kommission zur Förderung der handels- und absatzwirtschaftlichen Forschung, op.cit., S. 20. Zur historischen Entwicklung und gegenwärtigen Bedeutung der Selbstbedienung vgl. z.B. Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 278 ff. Zu ihren Vor- und Nachteilen vgl. ausführlich Duncan/Phillips, op.cit., S. 170 f.

7) Kommission zur Förderung der handels- und absatzwirtschaftlichen Forschung, op.cit., S. 21.

8) Vgl. S. 200, Fußnote 1) dieser Arbeit.

Konsument gewissermaßen sämtliche Verkäuferfunktionen (Auswahl, Transport der Ware, Bezahlung) völlig selbständig.(1)

In der Praxis wird häufig jeweils nicht nur ein einziges Bedienungssystem angewendet, sondern es werden gleichzeitig mehrere Verkaufsformen für verschiedene Warentypen benutzt. Man spricht hier auch von Teilselbstbedienung, wenn etwa die Selbstbedienung auf einen Teil des Absatzprogramms beschränkt bleibt.(2)

a. Handlungsfeld der Verkaufsformpolitik

Unternehmungsinterne Daten der Verkaufsformpolitik sind der zur Verfügung stehende Raum, vorhandenes Personal sowie finanzielle Möglichkeiten zur Erweiterung von Raum und Belegschaft. Als Rahmenfaktoren sind weiterhin die jeweiligen Wareneigenarten anzusehen, wobei die Beratungsbedürftigkeit im Mittelpunkt steht. Da diese Produkteigenschaft letztendlich subjektiven Konsumentenurteilen unterliegt, ist ihre objektive Erfassung allerdings teilweise sehr problematisch.³⁾ Zudem kann sie sich im Zeitablauf wandeln, wenn Produkte durch unternehmerische Aktivitäten, wie z.B. Markierung, gebrauchsfertige Verpackung, informative Beschriftung, Werbung, zunehmend "problemlos" und damit selbstverkäuflich gemacht werden.⁴⁾

Der externe Handlungsrahmen der Verkaufsformpolitik wird vor allem durch das Konsumentenverhalten sowie durch rechtliche Regelungen determiniert. Dabei besteht offensichtlich eine enge Interdependenz zwischen der Beratungsbedürftigkeit eines Produktes und dem Verhalten von Konsumenten gegenüber dem Bedienungssystem, in dem es angeboten wird. So ist das Vordringen der

1) Vgl. Falk/Wolf, op.cit., S. 253. Zur Entwicklung des Automatenverkaufs und den dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen vgl. ausführlich Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 282 f.

2) Vgl. Kommission zur Förderung der handels- und absatzwirtschaftlichen Forschung, op.cit., S. 20; Tietz: Marketing, S. 35.

3) Über die Merkmale selbstbedienungsgerechter Waren vgl. ausführlich Knoblich: Warentypologie, S. 155.

4) Vgl. hierzu etwa auch Priess, Friedrich: Probleme der Selbstbedienung. In: Der Handel Heute. In Memoriam Julius Hirsch, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Tübingen 1962, S. 203 f.

Selbstbedienung im Einzelhandel nicht allein von Unternehmen gelenkt, sondern auch von Verbrauchern, die ein bequemes, ungehindertes Aussuchen problemloser Waren ohne Wartezeiten und sozialpsychisch empfundene Kaufzwänge schätzen,¹⁾ gefördert worden. Zwar existieren in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Einstellungen zur Selbstbedienung. "So kann z.B. die Anonymität des Kaufs bei Selbstbedienung als Vorteil der Ungestörtheit oder als Nachteil des sozialen Kontaktmangels empfunden werden."²⁾ Der Zwang zur Wettbewerbsfähigkeit läßt dem Apotheker bei problemlosen Waren des täglichen Massenbedarfs jedoch hinsichtlich der Verkaufsform keine Wahl; denn einerseits ist die Selbstbedienung für eine erhebliche Senkung der Personalkosten verantwortlich,³⁾ was eine Voraussetzung für konkurrenzfähige Preise der genannten Waren darstellt. Zum anderen ist sie in wesentlichem Maße Grundlage für Impulskäufe; denn nur Waren, die sich selbst präsentieren, können latent vorhandene Bedürfnisse des Kunden aktualisieren.^{4) 5)}

-
- 1) Vgl. zu diesen akquisitorischen Wirkungen der Selbstbedienung etwa Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 294; Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 279; speziell für Apotheken: Staedele, Rolf: Auch Apotheker müssen verkaufen, hrsg. v. Werbeausschuß Württembergische Apothekerschaft, o.O. (Ravensburg), o.J., S. 115 f.
 - 2) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 295.
 - 3) So erreichen Selbstbedienungsläden die drei- bis vierfache Personalleistung des traditionellen Bedienungsladens (Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 280), d.h. die Personalproduktivität - gemessen am Umsatz pro beschäftigte Person - steigt erheblich an (vgl. auch Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 293 sowie Priess, op.cit., S. 193 f.). Angesichts des fachlich ausgebildeten und damit besonders teuren Personals in Apotheken muß die hohe Bedeutung dieses Tatbestands nicht näher begründet werden.
 - 4) Vgl. hierzu auch Holscher, Claus, op.cit., Sp. 1641; Duncan/Phillips, op.cit., S. 170; Staedele, op.cit., S. 117.
 - 5) Dabei spielt es für die Bedeutung der Selbstpräsentation keine Rolle, ob der Kunde bereits geplant hat, Waren einer bestimmten Art zu erwerben und sich durch den Anblick einer bestimmten Sorte zum Kauf entschließt, ob er sich durch das Entdecken eines Produktes an fehlenden Vorrat zuhause, an eine Werbung für diesen Artikel oder an frühere Käufe erinnert, oder ob er beim Erblicken einer Ware ein spontanes Bedürfnis empfindet und affektiv zugreift (vgl. zu dieser Abgrenzung verschiedener "Stufen" von Impulskäufen Heinemann, op.cit., S. 214 sowie die dort zitierte Literatur).

Arzneimittel dürfen grundsätzlich nicht durch Automaten in den Verkehr gebracht werden.¹⁾ Außerdem verbieten sowohl das Arzneimittelgesetz als auch die Apothekenbetriebsordnung die Selbstbedienung für Medikamente, die in Apotheken abgegeben werden.²⁾ Erhebliche wettbewerbliche Probleme ergeben sich für Apotheken allerdings aus der Tatsache, daß freiverkäufliche Arzneimittel in Betrieben anderer Branchen (wie z.B. in Drogeriediscountmärkten) dann in Selbstbedienung angeboten werden dürfen, wenn eine sachkundige Person auf Wunsch eines Kunden für eine Beratung zur Verfügung steht,³⁾ während für Apotheken das Selbstbedienungsverbot auch für diese Waren gilt.⁴⁾ Zumindest solche Konsumenten, die eine moralische Mißbilligung des Verkaufspersonals fürchten, wenn sie nach erfolgter Beratung keinen Kauf tätigen,⁵⁾ und sich daher lieber selbst z.B. anhand der Verpackung über ein Produkt informieren, könnten von der fehlenden Selbstbedienungsmöglichkeit in Apotheken für diesen Warenbereich abgeschreckt und so in Betriebe anderer Branchen gelenkt werden.⁶⁾

Die konkreten Zielsetzungen der Verkaufsformpolitik können vor allem aus Darbietungs-, Beeinflussungs- und Erwerbszielen abgeleitet werden. So muß das Bedienungssystem z.B. spezifischen Beratungszielen gerecht werden und zur Problematisierung des Arzneimittelkaufs beitragen, um den Medikamentenkon-

1) Vgl. § 52, Abs. 1 AMG sowie die Ausnahmen von dieser Bestimmung in § 52, Abs. 2 AMG.

2) Vgl. § 52, Abs. 3, AMG; § 10, Abs. 2 ApoBo.

3) Vgl. hierzu Fresenius, Werner: Freiverkäufliche Arzneimittel, Stuttgart 1978, S. 80 f.

4) Vgl. *ibid.*, S. 81.

5) Vgl. hierzu Müller, Andreas A.: Das Konsumverhalten und seine Auswirkungen auf die Distributionsform, Diss. St. Gallen, Winterthur 1971, S. 154 f.

6) In der bereits erwähnten empirischen Untersuchung (o.V.: markt intern Apothekerumfrage) wandten sich 90 % der befragten Apotheker gegen den Wettbewerbsnachteil, freiverkäufliche Arzneimittel nicht in Selbstbedienung anbieten zu dürfen.

sum auf das medizinisch notwendige Maß einzuschränken. Demgegenüber ist für prophylaktische Mittel, deren Anwendung gesteigert werden soll, eine Verkaufsform zu wählen, die Kaufwiderstände abbauen hilft.

Als erwerbswirtschaftliche Maßstäbe für verkaufsformpolitische Maßnahmen können ihm einzelnen etwa der durchschnittliche Warenwert je Einkauf und Kunde und die Kundenfrequenz herangezogen werden. Dies gilt gleichermaßen für die Kennziffern Umsatz je Quadratmeter Verkaufsfläche und Umsatz je beschäftigte Person. Im Mittelpunkt spezifisch kostenwirtschaftlicher Bestrebungen steht das Ziel einer Senkung von Personalkosten. Außerdem ist eine gleichmäßige Auslastung des Verkaufspersonals anzustreben. Dies erlaubt einen Abbau von Personalkapazitäten, die ansonsten zur Befriedigung der Nachfrage in Spitzenzeiten vorgehalten werden müßten, so daß sich die Elastizität der Betriebsbereitschaft erhöhen kann.¹⁾

b. Operative Handlungsprinzipien der Verkaufsformpolitik

Angesichts des geschilderten Handlungsrahmens bestehen für Apotheken nur sehr geringe Spielräume für die Gestaltung ihres Verkaufssystems. Zudem sind verschiedene Verkaufsformen für einzelne Warentypen des Ergänzungssortiments bereits im Bereich der Sortimentspolitik als Merkmale der Typenbildung herangezogen worden. Diese Differenzierung ist im folgenden jedoch noch genauer herauszustellen.

Für apothekenpflichtige Arzneimittel ist allein das Prinzip der Fremdbedienung ziel- und auflagenadäquat; denn nur fachliche Beratung vermag sparsamen, risikobewußten Arzneimittelkonsum zu gewährleisten.²⁾ Die Fremdbedienung wird in der modernen absatzwirtschaftlichen Literatur als sozialer Interaktionsprozeß

1) Vgl. Priess, op.cit., S. 195; siehe hierzu auch Woll, op.cit., S. 143.

2) Die Wareneigenarten von Arzneimitteln (vgl. hierzu S. 20 ff. dieser Arbeit.) fordern das Prinzip des persönlichen Verkaufs.

aufgefaßt.¹⁾ "Hier werden Merkmale und Verhaltensweisen von Käufern und Verkäufern in ihrer Wechselwirkung betrachtet."²⁾ Dabei stehen die Rollenerwartungen sowie die persönlichen Merkmale der Beteiligten, die jeweilige soziale Situation und die Eigenschaften der Verkaufsobjekte im Mittelpunkt.³⁾ Graphisch läßt sich ein Verkaufsprozeß wie folgt veranschaulichen:

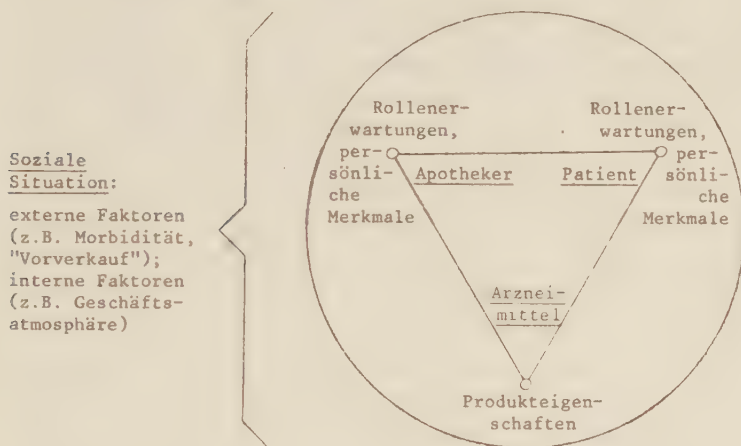


Abb. 7: Determinanten des interaktionellen, sozialen Verkaufsprozesses⁴⁾

Über die Wareneigenarten von Arzneimitteln und wesentliche Elemente der sozialen Situation, in der sich Patient und Apotheker befinden, wurde bereits ausführlich gesprochen.⁵⁾ Die jeweiligen Rollenerwartungen und persönlichen Merkmale können den Beratungsprozeß positiv beeinflussen, wenn eine hohe Übereinstimmung ihrer Ausprägungen bei Apotheker und Patient vorhanden ist.⁶⁾

1) Vgl. etwa Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1142 f.; Hansen: Einzelhandelmarketing, S. S. 284 ff.; Schoch, Rolf: Der Verkaufsvorgang als sozialer Interaktionsprozeß, Winterthur 1969, insbes. die Zusammenfassung auf S. 461 ff.

2) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 286.

3) Vgl. *ibid.*, S. 287 ff.

4) Mit Modifikationen für den vorliegenden Fall der Apotheken übernommen aus: Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 289.

5) Vgl. S. 20 ff. dieser Arbeit.

6) Vgl. hierzu auch Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 287 f.

Die fachliche Beratung bei der Medikamentenabgabe wird weiterhin als eine der wesentlichsten gesundheitspolitischen Aufgaben des Apothekers in der heutigen Zeit postuliert.¹⁾ Im Mittelpunkt steht hierbei die Mitwirkung des Apothekers bei der Patienten-Compliance, d.h. der Befolgung ärztlicher Anordnungen zur Arzneimittelleinnahme.²⁾ Empirische Untersuchungen zeigen nämlich, daß das Verhalten vieler Patienten bei der Einnahme von Medikamenten höchst unzureichend ist.³⁾ Der Apotheker sollte sich daher bei der Abgabe jedes Arzneimittels vergewissern, "ob der Patient oder Überbringer des Rezeptes über die richtige Anwendung des Arzneimittels unterrichtet ist."⁴⁾ Hierbei kann allein ein individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse von Kunden zieladäquat sein.⁵⁾ So lassen sich etwa Interaktionswirkungen der medikamentösen Therapie, wie z.B. vergleichbare Wirkungen verschiedener Medikamente, die bei gleichzeitiger Einnahme zu Überdosierungen führen und damit toxische Erscheinungen bei Patienten auslösen können,⁶⁾ nur im Einzelfall in einem Gespräch klären. Die Bildung von Kundentypen als Grundlage für differenziertes Beratungsverhalten ist dagegen erheblichen Gefahren der Fehleinschätzung ausgesetzt, und zwar insbesondere dann, wenn sie sich auf äußerliche Merkmale des

-
- 1) Vgl. etwa Beyer-Enke: Handverkaufslehre, S. 1 ff.; Schrey, A./Ledwoch, W.: Die Rolle des Apothekers in der Verbesserung der Patienten-Compliance. In: DAZ, 118.Jg. (1978), S. 725 f.; Dinnendahl, Volker: Die Aufgaben des Offizinapothekers auf dem Gebiet der patientenorientierten Pharmazie. In: Pharm.Ztg., 123.Jg. (1978), S. 1508 f.; Morf, Eduard J.: Arzneimittelsicherheit durch Information. In: DAZ, 120.Jg. (1980), S. 795 ff.
 - 2) Vgl. zu diesem Begriff auch Schrey/Ledwoch, op.cit., S. 724 ff.
 - 3) Vgl. etwa Dinnendahl, op.cit., S. 1510; Beyer-Enke: Sprechstunden, S. 453; Schrey/Ledwoch, op.cit., S. 724; Morf, op.cit., S. 796.
 - 4) Beyer-Enke: Sprechstunden, S. 453; siehe auch Winckelmann, op.cit., S. 182.
 - 5) Vgl. ähnlich etwa Gnann, Gert: Die Problematik des persönlichen Verkaufens im besonderen im Umgang mit dem Letztkäufer, Berlin 1958, S. 63 f.
 - 6) Vgl. hierzu anhand praktischer Beispiele Schrey/Ledwoch, op.cit., S. 726; Kriegelstein, J.: Die Bedeutung einer pharmakologischen Ausbildung für den Offizin-Apotheker. In: DAZ, 116.Jg. (1976), S. 242.

Kunden stützt.¹⁾ Die Anwendung verkaufspsychologischer Methoden²⁾ muß daher als problematisch angesehen werden, sofern sie allein auf verschiedenen Kundentypen basiert.³⁾ Sie vermag i.d.R. weder die individuelle Rollenerwartung des Patienten an den Apotheker zu klären, noch die spezifische Einstellung des jeweiligen Kunden zu fassen, "die auf seiner augenblicklichen Stimmung beruhen kann."⁴⁾ Dies verdeutlicht auch den hervorragenden Stellenwert des affektiven (gefühlsmäßigen) Bereiches der persönlichen Beratung gegenüber einem rein sachlich argumentativen Verhalten.⁵⁾ Im Vordergrund muß dabei die Gewinnung von Vertrauen zwischen Kunde und Apotheker stehen, keinesfalls der kurzfristige Verkaufserfolg. Nur so kann sich der Apotheker Stammkunden schaffen, die ihn als "Hausapotheker" ansehen.⁶⁾ Letztendlich können dann sowohl Erwerbs- und Sicherheitsziele im Wettbewerb als auch Darbietungsziele der Gesundheitsversorgung erreicht werden, von einem hohen sozialen Ansehen ganz zu schweigen.

Vertritt man die Meinung, daß ausschließlich der persönliche Verkauf durch einen approbierten Apotheker auch für freiverkäufliche Medikamente deren Eigenarten angemessen ist, so können Apotheker nur die bereits erwähnte Strategie einschlagen, den Gesetzgeber zu einer Novellierung des Arzneimittelrechts zu veranlassen mit dem Ziel, alle Arzneimittel der Apothekenpflicht zu unterstellen. Geht man von der derzeitigen wettbewerbsrechtlichen Situation aus, so ist allein das Prinzip der

1) Vgl. Grimm, Doris: Zur Psychologie des Handverkaufsgesprächs. In: pta in der praktischen Pharmazie, 7.Jg. (1978), H. 2, S. 59 f.

2) Vgl. hierzu speziell für Apotheken: Barrenstein, Peter: Die Kunst des Verkaufens. In: AJ, H. 6/1980, S. 69 f. und 79.

3) Vgl. hierzu Gnann, op.cit., S. 60 ff.

4) Grimm, op.cit., S. 60.

5) Vgl. hierzu Meier-Maletz, Max: Verkauf im Wandel. In: DAZ, 118.Jg. (1978), S. 1679 f.

6) Zur Person des "Hausapothekers" vgl. etwa Engelhard, Karl Michael: Der Apotheker muß zum Hausapotheker werden. In: AJ, Nr. 2/1979, S. 56 ff.; Hermes, Günter: Wählen Sie sich Ihren "Hausapotheker". In: Neue Apotheken Illustrierte, Nr. 4/1979.

Vorwahl als zieladäquate Verkaufsform für diese Produkte anzusehen, wenngleich eine ausdrückliche Empfehlung hierfür nicht gegeben werden kann, weil dieses Prinzip nicht exakt den Restriktionen des Arzneimittel- und Apothekenrechts entspricht. Es lassen sich jedoch keine sachlichen Argumente dafür finden, daß Konsumenten nicht direkten Zugriff zu Waren haben sollten, die in Betrieben anderer Branchen in reiner Selbstbedienung verkauft werden, zumal Apotheken auf Wunsch jederzeit fachliche Beratung gewährleisten und bei dem angeführten Bedienungsprinzip obendrein pharmazeutisches Personal den Kauf zum Abschluß bringen mußte.¹⁾ Das gegenwärtige Verbot der Selbstbedienung für freiverkäufliche Medikamente kann zudem Arzneimittelmehrverbrauch und -mißbrauch fördern, sofern Kunden wegen des Bedienungssystems Betriebe anderer Branchen, wie den Lebensmittelhandel, Drogerien, Reformhäuser, vorziehen; denn fachliche Beratung ist in ihnen nicht im gleichen Maß gegeben wie in der Apotheke.

Entscheidungen über das Bedienungssystem für Waren des Ergänzungssortiments müssen sich an der Beratungsbedürftigkeit der jeweiligen Produkte orientieren. So sind problemlose Waren des täglichen Massenbedarfs - wie bereits erwähnt - ausschließlich in Selbstbedienung anzubieten, wobei gleichzeitig eine Orientierung an Mitanbietern als Handlungsprinzip herangezogen werden kann. Die erheblichen Erfolge etwa von Drogeriediscountmärkten, die einer totalen Selbstbedienung unterliegen, machen nämlich deutlich, daß allein diese Verkaufsform den Einkaufsgewohnheiten der überwiegenden Mehrzahl der Verbraucher dieser Waren gerecht wird.²⁾ Zudem vermag die Selbstbedienung für den genannten Warentyp die in den meisten Apotheken vorhandenen unausgenützten Flächen- und Personalkapazitäten besser einzusetzen.

1) Anderer Meinung etwa Pieck, Johannes: UVC Münster zu Fragen des Standes- und des Apothekenrechts. In: Pharm.Ztg., 125.Jg. (1980) (Zitierungsweise: Apothekenrecht), S. 792 f.

2) Vgl. hierzu auch Theuer, op.cit., S. 306 f.

Waren des konsumentengruppenspezifischen Bedarfs verlangen die Verkaufsform der Freiwahl. Dies wurde bereits begründet.¹⁾ In der Praxis ist dieses Prinzip dadurch zu verwirklichen, daß die genannten Produkte in Selbstbedienung präsentiert werden mit dem Hinweis (z.B. auf Schrifftafeln) auf die jederzeitige Beratungsbereitschaft des Personals.²⁾

Die Eigenarten beratungsbedürftiger Waren des individuellen Bedarfs sprechen für das System der Fremdbedienung. Seine praktische Realisierung ist allerdings eine Frage des Einzelfalls. So sind etwa spezifische Diabetikerprodukte und pflegende Kosmetika (teilweise) vorwahlgeeignet, so daß eine selbständige Information des Kunden über das Warenangebot erfolgen kann und dennoch immer die Möglichkeit der Beratung besteht. Demgegenüber fordern z.B. medizinische Geräte unbedingt eine Vorführung durch sachkundiges Personal.

4. Gestaltung des Ladengeschäfts

Der Gestaltung des Ladengeschäfts stellen sich grundsätzlich "Probleme des Raumdesigns sowie der Aufteilung und Anordnung verschiedener funktionaler Raumzonen für Kundenverkehr, Waren und Arbeitsverrichtung des Verkaufspersonals."³⁾ Hinzu kommen Fragen der Anordnung von Waren auf einzelnen Warenträgern (Verkaufsmöbeln). Daß einer sachgerechten Losung dieser Problematik eine hohe Bedeutung für die Schaffung von Präferenzen im stationären Einzelhandel zukommt, ist offensichtlich.⁴⁾ So belegen

1) Vgl. S. 199 f. dieser Arbeit.

2) Dieses Beispiel verdeutlicht den engen Zusammenhang zwischen der Verkaufsraumgestaltung und der Verkaufsformpolitik.

3) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 298.

4) Vgl. etwa auch Menninger, Siegfried: Verkaufsaktive Ladengestaltung von a bis z. Bad Wörishofen 1964, S. 12 f.; Holscher, Claus, op.cit., Sp. 1638.

empirische Untersuchungen, daß äußerer und innerer Aufbau eines Ladengeschäfts wesentliche Kriterien für die Bewertung einer Einkaufsstätte durch Konsumenten sind.¹⁾

a. Handlungsfeld der Verkaufsraumgestaltung und Warenpräsentation

Als grundsätzliches Datum der Ladengestaltung "wirkt zunächst der Entwicklungsstand der Ladenbautechnik."²⁾ Wesentliche innerbetriebliche Rahmenfaktoren sind weiterhin der zur Verfügung stehende Geschäftsraum und sein spezieller Grundriß sowie die Finanzierungsmöglichkeiten zur Deckung von Kapitalbedarfen, die für mögliche Neu- und Umbauten, für Einrichtungsgegenstände, Display-Material etc. anfallen. Daß die jeweilige Verkaufsform handlungsbestimmend auf die Einrichtungsgestaltung wirkt, wurde bereits erwähnt. Im Zusammenhang damit steht auch die Tatsache, daß die jeweiligen Wareneigenarten (insbesondere die Beratungsbedürftigkeit) offensichtlich einen wichtigen Handlungsrahmen für die Auswahl der sächlichen Apparatur des Verkaufs sowie für die Platzierung von Waren auf (in) Verkaufsaggregaten darstellen.³⁾

Außerbetriebliche Faktoren für die o.a. Entscheidungstatbestände bilden vor allem Einkaufsgewohnheiten von Verbrauchern, deren Erforschung deshalb zu den Voraussetzungen einer zieladäquaten und konsumentenreaktionsorientierten Ladengestaltung gehört. Wichtige Informationen vermag hierbei eine Beobachtung des Kundenverhaltens im Verkaufsraum zu liefern.⁴⁾ Derartigen Analysen

1) Vgl. Heinemann, op.cit., S. 162; Rich, Stuart U./Portis, Bernard D.: The "Imageries" of Department Stores. In: JoM, Vol. 28 (1964), April, S. 11 f.

2) Tietz: Marketing, S. 289.

3) Vgl. hierzu auch Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1176 f.

4) Vgl. Heinemann, op.cit., S. 213. Zu den sogenannten Kundenlaufstudien vgl. Eggert, Helmut: Kundenlauf-Studien. In: Selbstbedienung, Heft 7/1961, S. 6 ff.; siehe auch Engel/Kollat/Blackwell, op.cit., S. 474 f.; o.V.: How Customers Shop the Super Market. In: Ronald R. Gist, Management Perspectives in Retailing, New York-London-Sydney 1967, S. 231 ff.

haftet allerdings der Nachteil an, daß sie nur an faktisch existierenden Einheiten durchgeführt wurden, so daß der Schluß naheliegt, deren Platzierung habe das Untersuchungsergebnis aufgrund fehlender alternativer Verhaltensmöglichkeiten von Kunden vorwegbestimmt.¹⁾ Dennoch lassen sich eine Reihe von zumindest tendenziellen Erkenntnissen über das Einkaufsverhalten gewinnen: So besteht eine "Tendenz zur Bewegung entgegen dem Uhrzeigersinn mit Bevorzugung der Außenflächen."²⁾ In Laufrichtung rechtsseitige Platzierungsfelder genießen bevorzugte Aufmerksamkeit.³⁾ Der akquisitorisch effizienteste Bereich eines Verkaufsaggregates liegt in seiner Mitte.⁴⁾ Außerdem werden tendenziell eher Artikel gekauft, die in Augen- und Griffhöhe platziert sind.⁵⁾ Dies bedeutet, daß die "einem Einzelhandelsunternehmen zur Verfügung stehende Warenpräsentationszone ... hinsichtlich ihrer Umsatzmöglichkeiten unterschiedlich wertvoll [ist]."⁶⁾ Nicht zuletzt ist darauf hinzuweisen, daß eine massierte Warendarbietung einer Mehrzahl identischer Packungen im allgemeinen höhere Verkaufserfolge aufweist als eine Einzelplatzierung von Sorten.⁷⁾ Dies wird damit erklärt, daß Kunden einerseits Hemmungen haben, die (vermeintlich) letzte Packung wegzunehmen,⁸⁾ andererseits den Ein-

1) Vgl. Dähne, Helmut: Verkaufsflächeninterne Standortplanung, Wiesbaden 1977, S. 33 f.; Gist: Retailing, op.cit., S. 243.

2) Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1178; vgl. auch Barth, Klaus: Die Warenpräsentation in Einzelhandelsunternehmungen. In: Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln, hrsg. v. Edmund Sundhoff, 27.Jg. (1975) (Zitierweise: Warenpräsentation), S. 94.

3) Vgl. Barth: Warenpräsentation, S. 94.

4) Vgl. ibid., S. 95.

5) Vgl. Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1177. Barth: Warenpräsentation, S. 95.; Cristofolini, Peter M./Thies, Gerhard: Verkaufsförderung, Berlin-New York 1979, S. 97 f.

6) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 304 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

7) Vgl. Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1177; Kellerer: Nebensortiment, S. 17; Engel/Kollat/Blackwell, op.cit., S. 483 f., die allerdings auf die Abhängigkeit dieser Tatsache vom jeweiligen Warentyp hinweisen. Eine weitere Abhängigkeit vom Geschäftstyp fanden Frank, Ronald E./Massy, William F.: Shelf Position and Space Effects on Sales. In: JMR, Vol.7 (February 1970), S. 65 f.

8) Vgl. Zander/Zander: Apothekenbetriebslehre, S. 47.

druck erhalten, es handle sich bei dem fraglichen Produkt um einen Ladenhüter.¹⁾

In bezug auf das Konsumentenverhalten sind weiterhin psychische Wirkungen zu beachten, die von der "Atmosphäre" der Geschäftsräume ausgehen.²⁾ Dabei geht es unter anderem um die Ausstrahlungen von unterschiedlichen Farb- und Formgebungen auf die Kaufstimmungen von Kunden.³⁾ Hinzu kommen Wirkungen von Materialien der Verkaufsaggregate, Effekte von Beleuchtungskörpern und Eindrücke von akustischen und olfaktorischen Reizen.

Die Ladengestaltung soll sowohl funktionellen als auch akquisitorischen Erfordernissen gerecht werden. Ziele der funktionellen Einrichtungsgestaltung richten sich vor allem auf die Wirtschaftlichkeit des Faktoreinsatzes.⁴⁾ Die verkaufsfördernde Raumgestaltung soll insbesondere Umsatzziele sowie kundenpolitische Zielsetzungen erreichen helfen. Im einzelnen wird angestrebt, dem Konsumenten Bequemlichkeiten beim Einkauf zu bieten,⁵⁾ die Kundenfrequenz möglichst ausgeglichen zu halten, damit keine gegenseitige Behinderung der Kundschaft entsteht,⁶⁾ und die durchschnittliche Verweildauer pro Kunde im Geschäft zu verlängern,⁷⁾ weil der Einkaufswert je Kunde - abgesehen von speziellen Wartezeiten - im Durchschnitt positiv mit dieser Zeitspanne korreliert.⁸⁾ Gleichzeitig dient die Gestaltung des La-

1) Vgl. auch o.V.: Warum es so wichtig ist, Ware richtig zu präsentieren. In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 25/26, (Zitierweise: Präsentation), S. 10.

2) Vgl. auch Duncan/Phillips, op.cit., S. 130 ff.

3) Vgl. hierzu ausführlich Menninger, op.cit., S. 432 ff.

4) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 300.

5) Vgl. Tietz: Marketing, S. 290; siehe hierzu auch Magyar, op.cit., S. 251.

6) Vgl. Tietz: Marketing, S. 290.

7) Vgl. ibid., S. 290.

8) Vgl. Engel/Kollat/Blackwell, op.cit., S. 474; Holscher, Claus, op.cit., Sp. 1641.

dengeschäfts der Förderung einzelner Artikel und Warenarten. Sie vermag daher beispielsweise sowohl die Umsätze von Sorten mit hohen Spannen als auch Impulskäufe zieladäquat zu steuern.¹⁾

Weiterhin muß die Ladengestaltung Beeinflussungszielen nachkommen, wobei die Mehrzahl der bisher aufgeführten Aspekte letztlich dem Ziel einer Bedarfsexpansion für Waren des Gesundheitspflegesortiments komplementär war. Demgegenüber sind für den Bereich der Arzneimittel an medizinischen Erfordernissen ausgerichtete Ziele maßgeblich, die vor allem die Beratungsfunktion des Apothekers unterstreichen. Nicht zuletzt kann der Apotheker Ziele des gesellschaftlichen Ansehens durch eine entsprechende Strukturierung und Formung von Einrichtungselementen seiner dem Publikum zugänglichen Offizin erreichen.

b. Operative Handlungsprinzipien der Ladengestaltung

Eine "optimale" Lösung sämtlicher Probleme einer Gestaltung des Ladengeschäfts erscheint mit den bisher zur Verfügung stehenden Mitteln nicht möglich; denn die Vielzahl unterschiedlicher Verkaufsaggregate und Waren sowie deren mögliche Zuordnungsrelationen im Raum verbieten die Anwendung von handhabbaren Rechenverfahren mit vertretbarem Aufwand.²⁾ "Außerdem sind die vom individuellen Nachfrageverbund ausgehenden Wirkungen unter dem Einfluß alternativer absatzpolitischer Aktionen nur schwer zu quantifizieren."³⁾ Diese komplexen interaktiven Prozesse sind in der Praxis allenfalls mit heuristischen Verfahren, die sich in operativen Handlungsprinzipien niederschlagen,⁴⁾ einer Lösung näher zu bringen. Bei der Erarbeitung solcher Grundsätze wird in der vorliegenden Arbeit der Weg einer zunehmend kleinräumlicher werdenden innerbetrieblichen Standortwahl eingeschlagen.

1) Vgl. Tietz: Marketing, S. 290.

2) Vgl. jedoch den unter bestimmten Voraussetzungen vorgenommenen Versuch der Anwendung quantitativer Planungsmethoden bei Dähne, op.cit., insbes. S. 91 ff.

3) Barth: Warenpräsentation, S. 97.

4) Vgl. ähnlich ibid., S. 97.

Zuerst ist über die Aufteilung des Verkaufsraumes auf verschiedene Angebotseinheiten der genannten drei Teilsortimente, nämlich der apothekenpflichtigen Medikamente, der freiverkäuflichen Arzneimittel und der apothekenüblichen Waren, sowie über ihre Zuordnung zu entscheiden. Anschließend ist über die Frage der Auswahl von Verkaufsaggregaten zu sprechen. Zuletzt sind Prinzipien der Warenplatzierung auf den Warenträgern zu erarbeiten, wobei es um die Anordnung der Warenarten innerhalb einer Gruppe, um die Platzierung einzelner Artikel und Sorten einer Warenart und um das Problem der Menge der präsentierten Packungen geht.

ba. Prinzipien der Raumaufteilung

- Maximierung der Verkaufsfläche

Teilt man die Offizin von Apotheken in die Funktionszonen des Kundenverkehrs, der Warendarbietung, der Verkaufsabwicklung (Bedienungstheke, Kasse) und in Zonen für verkaufsbegleitende Aktivitäten (z.B. Sitzcken für Wartende) ein,¹⁾ so ist ein wesentliches Prinzip der Verkaufsstellengestaltung die "größtmögliche Ausnutzung des vorhandenen Raumes zum Zwecke des Verkaufs."²⁾ Dies bedeutet, daß diejenige Fläche des Ladengeschäfts, die dem Verkehr mit der Kundschaft sowie der (sichtbaren und zugänglichen) Warenpräsentation dient, zu maximieren ist. Gegen diesen Grundsatz einer "verkaufsaktiven Raumgestaltung" wird in Apotheken weitverbreitet verstoßen; denn diese lagern einen Großteil des bedienungsintensiven Sortiments, nämlich die apothekenpflichtigen Arzneimittel, in Zieh- oder Schubschränken im Verkaufsraum.³⁾

-
- 1) So etwa allgemein Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 300; vgl auch Gist: Retailing, S. 231 ff.
 - 2) Schuster, Walter: Betriebswirtschaftliche Grundsätze der Raumorganisation. In: Handbuch des Einzelhandels, hrsg. v. Rudolf Seyffert, Stuttgart 1932, S. 266 ; vgl. auch Duncan/Phillips, op.cit., S. 157.
 - 3) Dies wird allerdings auch in der Literatur empfohlen (vgl. etwa Menninger, op.cit., S. 678; Wilsdorff, Ulrich: Apothekeneinrichtung: "Apotheke muß für die Kunden durchschaubarer werden!" In: AP, 3.Jg. (1981), Nr. 1, S. 7; Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 174 und S. 176 sowie die das genannte Prinzip erheblich verletzenden Faustregeln der Flächenaufteilung auf verschiedene Funktionszonen auf S. 172).

Diese Gewohnheit vermag aber weder gesundheitspolitische noch erwerbswirtschaftliche Zielsetzungen erreichen zu helfen, sondern sie führt u.a. zu einer Mindererfüllung von Beratungszielen einerseits und von Umsatzzielen im Ergänzungssortiment andererseits. Der Apotheker kann nämlich keine Beratungsaufgaben wahrnehmen, wenn er mit dem "Suchen" von Medikamenten beschäftigt ist. Außerdem schreibt man einer Erhöhung der Verkaufsraumfläche um nur einen Quadratmeter eine durchschnittliche Umsatzsteigerung von ca. 5000 DM jährlich zu.¹⁾

Aus diesen Überlegungen ergibt sich in der Praxis, daß ein Großteil des Arzneimittellagers in Nebenräumen oder in einem Stockwerk über bzw. unter dem Ladengeschäft einzurichten ist.²⁾ Die Verbindung zwischen Offizin und Arzneimittellager kann durch eine Wechselsprechanlage zur akustischen Kommunikation, mittels Bildschirm zur optischen Übertragung von Nachrichten (z.B. Rezepten) und mit Hilfe von Förderband bzw. Warenrutsche oder -aufzug zur Überbringung der verlangten Waren hergestellt und aufrecht erhalten werden.³⁾ Dieses Organisationsprinzip wird wegen seiner raumstrukturellen Auswirkungen allerdings nur bei Neugründungen oder mittels eines Umbaues des Geschäftshauses zu verwirklichen sein. Zwar erfordert es einen gewissen Mindestumsatz, der erhöhte Personalkosten von Helferinnen, die im Lagerraum anwesend sein müssen, kompensieren kann; jedoch ist das genannte Prinzip keinesfalls nur bei "Großbetrieben" zu verwirklichen. Auch für Apotheken mittlerer Größe bietet es sich an, den Apotheker durch (billigere) Helferinnen vom Suchen und Transportieren der Arzneimittel zu entlasten und damit seine "Bedienungskapazität" zu steigern, anstatt zusätzlich einen (teueren) Approbierten oder PTA einzustellen. Zudem besteht in jedem Fall die Möglichkeit, in der Nähe der Verkaufstheke eine zu-

1) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 14.

2) Vgl. einen ähnlichen Vorschlag bei Zander/Zander: Apothekenbetriebslehre, S. 51; siehe auch Dinger, op.cit., S. 913.

3) Vgl. auch Zander/Zander: Apothekenbetriebslehre, S. 51 f.

sätzliche Lagerstätte einzurichten, die ausschließlich häufig verlangte und damit umschlagsstarke Medikamente enthält.¹⁾ Sie verhilft zu einer Beschleunigung des Verkaufsvorgangs, indem nicht bei jedem Kundenwunsch ein Ruf ins Lager erfolgen muß. Mit abnehmender Betriebsgröße kann hierbei ein zunehmender Anteil des Arzneimittelsortiments in der Offizin gelagert werden, um Helferrinnen einzusparen.

- Abteilungsgliederung

Als wichtige Handlungsmaxime der Ladengestaltung ist das Prinzip der Aufteilung des Verkaufsraumes in Funktionszonen für den Verkauf apothekenpflichtiger Arzneimittel, freiverkäuflicher Medikamente und beratungsintensiver Produkte des Ergänzungssortiments²⁾ sowie in eine Selbstbedienungsfläche für problemlose apothekenübliche Waren zu nennen. Eine saubere räumliche Trennung zumindest dieser drei "Abteilungen" vermag vor allem gesundheitspolitische Ziele einer Problematisierung des Arzneimittelkaufs erfüllen zu helfen, indem sie vermeidet, daß der Erwerb von Medikamenten in seinem kognitiv empfundenen Risiko in die Nähe eines Kaufs problemloser Massenartikel der täglichen Gesundheitspflege rückt.³⁾ Das genannte Prinzip könnte etwa mittels architektonischer Maßnahmen, mit Hilfe von Raumteilern wie Blumenbänken, Aquarien und/oder durch den Einsatz von Display-Material verwirklicht werden.

Am konsequentesten läßt sich das Prinzip einer Abteilungsgliederung dann realisieren, wenn eine Verbindungstür zwischen Arzneimittel- und Gesundheitspflegebereich angebracht wird, so daß gewissermaßen zwei Geschäfte, eine "reine Apotheke" und eine "reine Drogerie" entstehen.⁴⁾ Aufgrund dieser strengen räumlichen Tren-

1) Vgl. Zander/Zander: Apothekenbetriebslehre, S. 51.; Höhl, Johanna: Die Einarichtungsgestaltung. In: AJ, H.8/1980, S. 65; siehe auch o.V.: Präsentation, S. 10 wo festgestellt wird, daß im Durchschnitt 70 - 80 % des Arzneimittelumsatzes auf ca. 400 - 600 Spezialitäten entfallen.

2) Holscher spricht hier in ähnlicher Weise von "Erklärungszonen" (Holscher, Claus, op.cit., Sp. 1640).

3) Vgl. hierzu auch Kühn, Peter, op.cit., S. 13.

4) Vgl. hierzu praktische Planungsbeispiele bei: Mayer, Wolfgang: Apothekenbau: Die Zukunft hält noch viele Chancen bereit. In: AJ, H. 3/1979, S. 22; Zander/Zander: Apothekenbetriebslehre, s. 55.

nung fielen für den Gesundheitspflegebereich auch sämtliche apothekenspezifischen staatlichen Restriktionen (wie z.B. Sortimentsbeschränkungen) weg. Voraussetzung einer derartigen Geschäftsstellengestaltung sind allerdings große Räumlichkeiten. Außerdem muß der "Apothekenbereich" eine direkte Verbindungstür nach außen besitzen, so daß keineswegs gewährleistet ist, daß Kunden, die beispielsweise ausschließlich Arzneimittel auf Rezept erwerben wollen, auch den "Drogeriebereich" betreten. Hieraus könnte ein weitgehender Verlust von Impulskäufen im Ergänzungssortiment resultieren.

- Nachfragefrequenzorientierte Anordnung von Angebotseinheiten

In der einschlägigen Literatur wird vielfach vorgeschlagen, sich bei der Platzierung von Angebotseinheiten (z.B. Abteilungen, Warengruppen) im Verkaufsraum an deren Nachfragehäufigkeit zu orientieren und zur Lenkung des innerbetrieblichen Kundenverkehrsstroms nach dem Prinzip der langen Wege diejenigen Einheiten, die am häufigsten Ziel geplanter Nachfrageaktivitäten sind, den "abgelegensten" Standorten zuzuordnen.¹⁾ Damit sollen die Kunden neben den von ihnen geplanten Kontakten mit Waren zumöglichst vielen ungeplanten Kontakten veranlaßt werden.²⁾ Diesem Grundsatz liegt die Erkenntnis zugrunde, "daß der Absatzerfolg abhängig ist von der Anzahl der realisierten Nachfragerkontakte."³⁾ Unterstellt werden dabei offensichtlich Ziele einer Bedarfsexpansion.

Berücksichtigt man, daß mindestens 76 % aller Kunden in Apotheken speziell apothekenpflichtige Arzneimittel kaufen wollen, etwa 62 % nur auf Rezept,⁴⁾ so muß nach dem erörterten Prinzip die Bedienungstheke für apothekenpflichtige Medikamente wegen der hervorragenden Nachfrage-

1) Vgl. etwa Dähne, op.cit., S. 36 f.; Gist: Retailing, S. 236; Holscher, Claus, op.cit., Sp. 1640.

2) Vgl. Dähne, op.cit., S. 37.

3) Ibid., S. 37; siehe auch Engel/Kollat/Blackwell, op.cit., S. 474; Gerlach, op.cit., S. 331.

4) Vgl. Massberg, op.cit., S. 144 f.

häufigkeit dieses Warentyps möglichst weit vom Eingang entfernt platziert werden.¹⁾ Dies erlaubt die Verwirklichung einer großen Anzahl ungeplanter Kontakte mit in Selbstbedienung präsentierten Waren des Gesundheitspflegesortiments. Angesichts des hohen Anteils von Impulskäufen an den gesamten Kaufakten in diesem Sortimentsteil²⁾ ist eine impulskauffördernde Platzierung von Produkten des problemlosen massenhaften wie konsumentengruppenbezogenen Gesundheitsbedarfs an Stellen hoher Kundenfrequenz im Verkaufsraum unbedingt notwendig.

Die genannte Platzierung der Bedienungstheke des apothekenpflichtigen Arzneimittelsortiments hat weiterhin den Vorteil, daß sich Patienten, die auf die Aushändigung von Medikamenten warten, und Kunden, die sich im Bereich des Ergänzungssortiments selbst bedienen, nicht gegenseitig behindern. Außerdem kann die fachliche Arzneimittelberatung durch den Apotheker an entlegenen Plätzen im Verkaufsraum ungestörter durchgeführt werden. Dies gilt in besonderem Maße auch für selbständige Dienstleistungen. Dem gegen das genannte Prinzip vorgebrachten Einwand, Konsumenten könnten wegen der längeren Einkaufswege und der damit verbundenen größeren Beschaffungsmühe vom Betreten des Geschäftes abgehalten werden, dürfte in Apotheken wegen der im Vergleich zu vielen Betrieben anderer Branchen in aller Regel wesentlich geringeren Verkaufsraumflächen kaum praktische Relevanz zukommen.³⁾

Dem Prinzip, problemvolle Artikel in Randzonen der Offizin unterzubringen, unterliegen auch beratungsbedürftige Waren des individuellen Gesundheitspflegebedarfs. Produktedieses Typs wei-

-
- 1) Ähnlich auch Zander/Zander: Apothekenbetriebslehre, S. 46 f., die dieses Prinzip zwar nicht ausdrücklich formulieren, Waren des Ergänzungssortiments aber so platzieren wollen, daß der Kunde sie auf dem Weg zum Handverkaufstisch passiert. Anders etwa Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 175 und Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 16.
 - 2) Bezogen auf die Warenart der Körperpflegeartikel wurde in einer empirischen Untersuchung z.B. ein Impulskaufanteil von ca. 33 % festgestellt (vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 13).
 - 3) Auch Dähne ist der Ansicht, daß der genannte Einwand gegen das "Prinzip der langen Wege" bei Verkaufsflächen geringeren Ausmaßes zu vernachlässigen sei (vgl. Dähne, op.cit., S. 37).

sen zwar keine hohe Nachfragehäufigkeit auf, ihrer Bedarfsäußerung liegt aber meistens ein zumindest auf die Warenart konkretisiertes Bedürfnis zugrunde, so daß impulskaufsteigernde Maßnahmen an Bedeutung verlieren; denn der Kunde wird den jeweiligen Standort der gefragten Warenart zielstrebig aufsuchen.

bb. Prinzipien der Wahl von Verkaufsaggregaten

Da apothekenpflichtige Arzneimittel ausschließlich in Fremdbedienung und mit fachlicher Beratung verkauft werden, wird vorgeschlagen, die Bedienungstheke in mehrere kleine Einzeltische aufzuteilen, die in versetzter Anordnung plazierte werden.¹⁾ Dies schafft durch einen Abbau psychischer Barrieren eine Atmosphäre engerer Verbundenheit zwischen dem bedienenden Pharmazeuten und dem Patienten, in der eine individuelle Beratung besser gedeihen kann;²⁾ denn der Kunde fühlt sich mit seinen Fragen, die ihm nicht selten peinlich und damit nicht für die Ohren anderer eventuell gerade im Geschäft anwesender Personen gedacht sind, besser abgesichert als bei einer einzigen langen Verkaufstheke. Unterstrichen werden kann die Beratungsfunktion noch durch die Einrichtung einer speziellen Beratungsecke mit Sitzmöglichkeiten für Kunden.³⁾ Dies gilt besonders für das Angebot umfangreicher eigenständiger Dienstleistungen.

Demgegenüber fordern freiverkäufliche Arzneimittel und Waren des Ergänzungssortiments, die in Vorwahl und Selbstbedienung bzw. Freiwahl angeboten werden, Warenträger, die eine für Kunden sichtbare und zugängliche Präsentation erlauben. Hierbei "werden zunehmend ergonomische Erkenntnisse beachtet, um die physische Belastung des Kunden zu verringern."⁴⁾ Für Apotheken kommen als Verkaufsaggregate vor allem Selbstbedienungsregale,

1) Vgl. z.B. Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 175; Zander/Zander: Apothekenbetriebslehre, S. 46; o.V.: Präsentation, S. 11.

2) Vgl. hierzu auch Wilsdorff, op.cit., S. 6 f.

3) Vgl. auch Schuffels: Apotheke, S. 309.

4) Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1181.

Freiwahlgondeln und Aktionspodeste in Betracht.^{1) 2)} Gerade eine Verwendung von Aktionspodesten vermag z.B. zu verhindern, daß sämtliche problemlosen Artikel, deren Abverkauf gesteigert werden soll, auf der Bedienungstheke für Arzneimittel plazierte werden, wie dies in vielen Apotheken heute üblich ist. Eine derartige Präsentation kann sicher nicht zur Abgrenzung von Arzneimitteln und Massenwaren dienen.

Hinsichtlich Material, Farb- und Formgebungen verschiedener Verkaufsaggregate kann lediglich das Geschäftsimage als Maßstab herangezogen werden. Dabei ergibt sich ein enger Zusammenhang zwischen der Atmosphäre der Offizin, die in hohem Maße imagebildend wirkt, und der Ladeneinrichtung.³⁾ Empirische Untersuchungen belegen in diesem Zusammenhang, daß gerade in vielen Apotheken atmosphärische Störungen außerordentlich hemmend auf Kauf- und Beratungsaktivitäten wirken.⁴⁾ So wird die Apotheke häufig mit den bereits erwähnten negativen Attributen Krankheit, Sterilität, Unpersönlichkeit, Kälte assoziiert.

Zwar wird auf die Bedeutung kostbarer Materialien (z.B. edler Hölzer und exklusiver Accessoires) für die Profilierung der Apotheke als qualitativ hochwertiges Fachgeschäft hingewiesen.⁵⁾ Derartige Raumelemente dürfen aber vor allem im Bereich des Gesundheitspflegesortiments nicht gegenüber einer verkaufsaktiven Warenplatzierung dominieren.⁶⁾ Außerdem können sie den Ein-

1) Über Kriterien zur Auswahl von Warenträgern vgl. die bei Tietz abgedruckte Checkliste (Tietz: Die Grundlagen des Marketing, Band 3. Das Marketing-Management, München 1976 (Zitierweise: Grundlagen, Bd. 3), S. 1466.

2) Zu Voraussetzungen für und Anforderungen an den Einsatz dieser Verkaufsaggregate in Apotheken vgl. ausführlich Kellerer: Nebensortiment, S. 15 f.; o.V.: Präsentation, S. 10.

3) Vgl. allgemein Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 298; Holscher, Claus, op.cit., Sp. 1642.

4) Vgl. z.B. Adlwarth, W.: Hat die Kosmetik in der Apotheke eine Chance? In: AJ, H. 9/1980, S. 78 der sich vor allem auf folgende empirische Studie stützt: Nowak, Horst/Nowak, Dorothea: Einstellungen und Erwartungen der Verbraucherinnen zur Apotheken-Kosmetik - Eine marktpsychologische Untersuchung, Heidelberg 1979, unveröffentlicht.

5) Vgl. etwa Wilsdorff, op.cit., S. 7.

6) Vgl. hierzu schon Hecht, Gusti: Die architektonische Gestaltung des Einzelhandelsraumes. In: Handbuch des Einzelhandels, hrsg. v. Rudolf Seyffert, Stuttgart 1932, S. 269 f.

druck hoher Preisforderungen hervorrufen und latente Neidgefühle einer "Wohlstandspräsentation" beim Kunden wecken. Imagekomponenten wie Gesundheit, Frische, Schönheit, Natur verlangen nach hellen und warmen Grundfarben¹⁾ sowie natürlichen Materialien.²⁾ Zusätzlich müssen Beleuchtungskörper,³⁾ Fußbodenbeläge und sonstige Raumelemente, wie etwa Blumenbänke, Aquarien, Terrarien, auf das Gesamtbild der Kombination beratungsaktiver und selbstbedienungsgerechter Waren abgestimmt werden, um eine lebendige, unverwechselbare Atmosphäre zu schaffen.⁴⁾ Sämtliche Raumelemente sind über diese Kriterien hinaus auch an ihrer Funktionalität zu messen, wobei Flexibilität und leichte Pflege im Mittelpunkt stehen.

Als besonders zweckdienlich für die Gestaltung der Offizin kann das "shop-in-the-shop-Prinzip" angesehen werden. "Dabei werden auf der Basis einer an Bedarfskomplexen und/oder Bedarfsträgern orientierten Warenanordnung durch raumbegrenzende Dekorationsmittel verschiedene Erlebnisparzellen innerhalb des Verkaufsraumes geschaffen."⁵⁾ Angesichts der besonderen heterogenen Anforderungen verschiedener Warentypen des Apothekensortiments an Verkaufsaktivitäten erlaubt dieses Prinzip eine zieladäquate und auf Kundenansprüche abgestellte Förderung einzelner Warengruppen mit besonderem Niveau (vor allem Tee, Kosmetik).⁶⁾ Seine Verwirklichung erfordert allerdings große Räumlichkeiten und verursacht hohe Kosten.

1) Ein Hinweis auf den Zusammenhang zwischen heller Farbgebung und freundlicher Atmosphäre einerseits und der Eignung einer solchen Einrichtung gerade für das Gesundheitspflegesortiment findet sich auch bei Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 16 f.

2) Vgl. hierzu auch Mayer, Wolfgang: Apotheken-Einrichtung: Auf die Planung kommt es an. In: AJ, H. 1/1979, S. 27 ff.; derselbe: Gelber Punkt auf schwarzem Grund. In: AJ, H. 12/1979, S. 47 ff.; Menninger, op.cit., S. 681.

3) Vgl. zu spezifischen Fragen der Beleuchtung in Apotheken: o.V.: Licht in der Apotheke. In: AJ, H. 5/1979, S. 20 ff.

4) Zur Bedeutung eines individuellen, persönlichen Charakters von Ladengeschäften vgl. etwa Copeland, Peter: The Revolution in Interior Store Design. In: Gist: Perspectives, S. 155; zur Bedeutung der Geschäftsatmosphäre als Bestimmungsfaktor des Konsumentenverhaltens vgl. ausführlich Müller, Andreas A., op.cit., S. 115 ff.

5) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 310.

6) Vgl. etwa Kellerer: Nebensortiment, S. 15; o.V.: Präsentation, S. 10.

bc. Prinzipien der Warenplazierung

- Bedarfsgruppenorientierung

Hinsichtlich der Anordnung einzelner Artikel im Raum wird vielfach das Prinzip der Bedarfsgruppenorientierung empfohlen.¹⁾ Nach ihm werden Güter, die bestimmten Bedarfskomplexen zuzuordnen sind, räumlich zusammengefaßt. Als Begründung für die Effizienz dieses Prinzips wird aufgeführt, daß seine Realisierung dem Nachfrager die verkaufsflächeninterne Orientierung erleichtere, Kontaktaufwand für verbundene Aktivitäten vermindere und zu Anschlußkäufen anrege.²⁾ Allerdings stößt eine praktische Verwirklichung des genannten Grundsatzes auf Schwierigkeiten, weil weder alle Artikel eindeutig bestimmten Bedarfsgruppen zuzurechnen sind noch Aussagen über Interdependenzen zwischen einzelnen Bedarfsgruppen und über ihre exakte Plazierung im Raum vor allem in bezug zu Ein- und Ausgang möglich sind.³⁾

Die entscheidungsdeterminierende Wirkung des genannten Prinzips läßt sich jedoch erhöhen, wenn zusätzlich Informationen etwa über Umsatzanteil, Artikelzahl, Umschlagsgeschwindigkeit von Warenarten im jeweiligen Marktfeld herangezogen werden, die auch eine Orientierung für die Raumbemessung von Plazierungsgruppen abgeben.⁴⁾ So können beispielsweise Warengruppen mit einem hohen Umsatzanteil und hoher Umschlagsgeschwindigkeit in besonderem Maße herausgestellt und an kundenfrequenzstarken Stellen untergebracht werden. Eine derartige Präsentation korrespondiert mit den bereits erwähnten Erkenntnissen über den Anteil von Impulskäufen im Ergänzungssortiment, der bei Apothekenstandorten, an denen die überwiegende Zahl der Nachfrager Laufkunden sind, besonders hoch sein dürfte. Was die praktische Verwirklichung des Prinzips der Bedarfsgruppenorientierung angeht, so sind einzelne Warengruppen (z.B. Tee, Zahnpflege, Babynahrung) grundsätzlich senkrecht als geschlossene Einheiten (Warenblocks) an-

1) Vgl. etwa Duncan/Phillips, op.cit., S. 151 ff.; Gist: Retailing, S. 238 f.; Wernien, Kurt: Plazierungsplanung ohne sterile Gleichförmigkeit. In: Selbstbedienung und Supermarkt, 10.Jg. (1966), Nr. 1, S. 33; Dähne, op.cit., S. 38 ff.; siehe auch Falk/Wolf, op.cit., S. 161.

2) Vgl. z.B. Dähne, op.cit., S. 38.

3) Vgl. zu diesen Schwierigkeiten Dähne, op.cit., S. 41 f.

4) Vgl. etwa Wernien, op.cit., S. 33.

zubieten.¹⁾ Dies erleichtert die Informationssuche der Kunden im Warenangebot und verhindert, daß diese verschiedene Warengruppen mit unterschiedlicher Wertigkeit erleben.²⁾

- Qualitative Flächenzuweisung für Artikel

Für die Anordnung einzelner Artikel und Sorten innerhalb der verschiedenen Bedarfs- bzw. Warengruppen kann das Prinzip der Standortwertorientierung von Angebotseinheiten herangezogen werden.³⁾ Es basiert auf der bereits erwähnten Erkenntnis, daß verschiedene Orte der Plazierung unterschiedlich wertvoll sind, weil ihnen von Kunden verschieden hohe Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Unter Zugrundelegung empirischer Ergebnisse des Käuferverhaltens können für selbstbedienungs- und vorwahlgeeignete Waren des Ergänzungssortiments folgende Präsentationsprinzipien aufgestellt werden: Um eine bessere Orientierung des Kunden zu ermöglichen, werden die Sorten (Packungsgrößen, Darreichungsformen, Stärken etc.) eines Artikels waagrecht nebeneinander angeordnet.⁴⁾ Berücksichtigt man die Rechtstendenz der meisten Konsumenten, so bietet es sich an, diese Sorten mit zunehmender Packungsgröße und steigendem Preis nach rechts aufzureihen.⁵⁾ Wegen der höheren Aufmerksamkeitswirkung der Regalmitte werden "Artikel, die besonders gefördert werden sollen, .. auf der Mittellinie der Warengruppe plazierte. Dies können sowohl Artikel mit hohen Spannen sein, oder auch Artikel mit hohem Imagewert."⁶⁾ Um einen Ausgleich unterschiedlicher Wertigkeiten von Standorten auf

1) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 17.

2) Eine waagrechte Plazierung von Warengruppen würde die ganz unten und ganz oben liegenden benachteiligen, da sie weniger deutlich in das Blickfeld der Kunden treten.

3) Vgl. etwa Engel/Kollat/Blackwell, op.cit., S.484 f.; Kellerer: Nebensortiment, S. 17 f.; vgl. allgemein zu diesem Prinzip z.B. Dähne, op.cit., S. 31 ff.

4) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 17.

5) Vgl. ibid., S. 17.

6) Ibid., S. 17 (Hervorhebungen vom Verfasser nicht übernommen).

Warenträgern zu erreichen, können umschlagstarke Blickpunktartikel einzelner Warengruppen in den jeweiligen Plazierungsrandzonen untergebracht werden.¹⁾ Weiterhin kann die verkaufsfördernde Wirkung der Griff- und Sichtzone dazu ausgenutzt werden, bestimmten Produkten (z.B. solchen mit hoher Umschlagsgeschwindigkeit oder besonders hohen gebrauchstechnischen und sozialen Qualitäten) eine außergewöhnliche Begünstigung zukommen zu lassen.²⁾

Insgesamt muß betont werden, daß die oben genannten Prinzipien lediglich allgemeine heuristische Faustregeln darstellen, die häufig nur auf Plausibilitätsüberlegungen basieren. Ihre Problematik im Einzelfall darf daher nicht verschwiegen werden.³⁾ In dem Bemühen, dem Apotheker praktikable Entscheidungshilfen anzubieten, haben jedoch auch derartige heuristische Grundsätze ihren Stellenwert, was freilich nicht dazu verleiten darf zu glauben, es würden hier Patentlösungen für jeden empirischen Einzelfall angeboten.

Die Präsentation von Waren in Freiwahl und Selbstbedienung muß durch entsprechendes Display-Material unterstützt werden, um es dem Kunden zu erleichtern, sich im Verkaufsraum zurechtzufinden, und um seine Aufmerksamkeit zu erhöhen.⁴⁾ An dieser Stelle ist lediglich auf die enge Verbindung von optischen Zeichen und der Warenpräsentation hinzuweisen. Einzelheiten der Gestaltung solcher Hilfsmittel sind im Bereich der Werbung zu erörtern, da es sich bei ihnen um Werbehilfen am Verkaufsort handelt.

- Quantitative Flächenzuweisung von Sorten

Daß einzelne Sorten zur Erreichung von Zielen der Bedarfsexpansion in einer verkaufpsychologisch notwendigen Warenfülle an-

1) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 17; vgl. hierzu auch Tietz: Grundlagen, Bd. 3, S. 1470 sowie die dort zitierte Literatur.

2) Vgl. Kellerer: Nebensortiment, S. 18; siehe hierzu auch Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1179; Wernien, op.cit., S. 39.

3) Vgl. auch Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1179.

4) Vgl. hierzu etwa Engel/Kollat/Blackwell, op.cit., S. 478 ff.; Duncan/Phillips, op.cit., S. 540 ff.; Cristofolini/Thies, op.cit., S. 98 ff.

geboten werden müssen, ist bereits erwähnt worden.¹⁾ Hierbei geht man von einem mit der Ausdehnung der Warenpräsentationsfläche für ein Produkt degressiv steigenden Umsatzverlauf bis zu einem Stagnationspunkt aus.²⁾ Insofern wäre es falsch, von jeder Sorte nur jeweils eine einzige Packung zu präsentieren. Praktische Anhaltspunkte für die Verwirklichung einer quantitativen Flächenzuweisung sind allerdings nur schwer zu finden, zumal die notwendige Warenfülle vom jeweiligen Warentyp abhängt.³⁾ Gerlach empfiehlt, sich mengenmäßig etwa am Verkaufsbedarf einer Woche zu orientieren, zumindest aber von jeder Sorte zwei Liefereinheiten im Regal zu plazieren.⁴⁾

Letztendlich muß das Prinzip einer massierten Darbietung einzelner Sorten wegen des begrenzten Raumes eng mit dem Problem einer Abstimmung von Sortimentsbreite und -tiefe abgewogen werden.⁵⁾ Folgt man dem im Bereich der Sortimentspolitik angegebenen Grundsatz der Programmstraffung, so läßt sich sicherlich in vielen Apotheken eine zumindest befriedigende Lösung dieser Problematik erreichen; denn es müssen weder sämtliche Sorten eines Artikels noch eine hohe Anzahl von Präparaten innerhalb einer Warenart noch sämtliche möglichen Warenarten angeboten werden.

c. Praktisches Planungsbeispiel

Im folgenden wird anhand einer Grundrißzeichnung ein praktisches Planungsbeispiel für die Gestaltung der Offizin einer

1) Vgl. hierzu auch Magyar, op.cit., S. 250.

2) Vgl. etwa Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 302 f.

3) Vgl. z.B. Cox, Keith K.: The Effekt of Shelf Space Upon Sales of Branded Products. In: JMR, Vol. 7 (February 1970), S. 55 ff.

4) Vgl. Gerlach, op.cit., S. 340. Bei großvolumigen Waren genügt auch eine Mengenpräsentation, die die Nachfrage von wenigen Tagen abdeckt (vgl. ibid., S. 340). Berücksichtigt man verschiedene Wareneigenarten, so kann man nach dem Kriterium der Nachfragehäufigkeit (Frequenz) tendenziell feststellen, daß die empfohlene Menge etwa bei Produkten für individuelle Bedarfe unterschritten, bei impulskauffördernden Massenwaren eher überschritten werden kann.

5) Vgl. S. 186 ff. dieser Arbeit.

Apotheke erarbeitet, die ein starkes Engagement im Bereich der präventiven Gesundheitspflege aufweist und damit in gewisser Hinsicht als richtungweisend für die zukünftige Entwicklung auf Märkten für Gesundheitsleistungen angesehen werden kann. Diesem Exempel liegt der Versuch zugrunde, die bisher genannten operativen Handlungsprinzipien im Rahmen einer gegenseitigen Abstimmung optimal im Hinblick auf die betrieblichen Ziele zu verwirklichen.¹⁾ Ohne verbale Argumentation vermag dieser Grundriß am besten Möglichkeiten und Problematik der Ladengestaltung für Apotheken zu verdeutlichen. Er kann individuelle Problemlösungen allerdings nicht ersetzen und zeigt damit auch die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Pharmazie, Betriebswirtschaftslehre und Innenarchitektur.

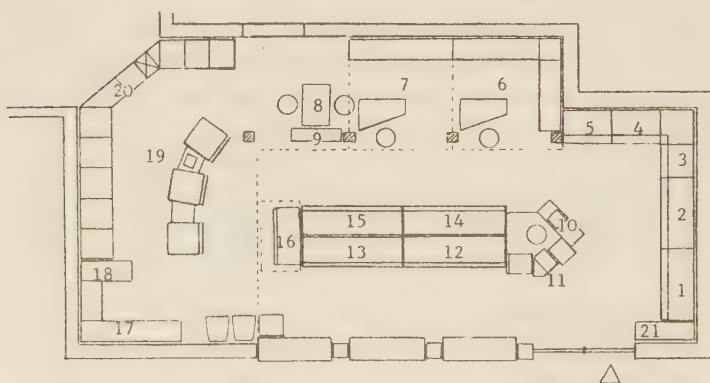


Abb. 8 : Beispiel einer imagekonformen Gestaltung der Offizin (Maßstab 1:100)

- Legende:
- | | |
|-------------------------------|---|
| 1 Körperpflege/Hygiene | 12 Babypflege |
| 2 Mund- und Zahnpflege | 13 Kindernährmittel |
| 3 Haarpflege | 14 Verbandmittel/Krankenpflege |
| 4 Bäder | 15 Gewürze/Säfte/Diätetische Lebensmittel |
| 5 Fußpflege | 16 Tees |
| 6 Vertriebsgebundene Kosmetik | 17 Spezifische Diabetikerprodukte |
| 7 Medizinische Geräte | 18 Freiverkäufliche Arzneimittel |
| 8 Dienstleistungen/Beratung | 19 Bedienungsbereich Arzneimittel |
| 9 Informationsmaterial | 20 Terminal zum Lager |
| 10 Kasse | 21 Warenkörbe |
| 11 Saisonangebote | |

1) Es ist darauf hinzuweisen, daß die beratungsintensiven "Abteilungen" durch abgehängte Deckenverkleidungen und besondere Fußbodenbeläge optisch vom Freiwahl- und Selbstbedienungsbereich abgegrenzt worden sind.

5. Zum Einsatz des Verkaufspersonals

Viele absatzwirtschaftliche Aufgaben sind nur mittels persönlicher Arbeitsleistungen zu bewältigen. Wenngleich hierbei etwa auch Fragen der Personalauswahl, Entlohnung und Probleme rationeller Arbeitsabläufe von hoher Bedeutung für die Erreichung unternehmerischer Ziele sind, muß sich die vorliegende Arbeit auf eine Erörterung solcher organisatorischer Entscheidungen des Personaleinsatzes beschränken, die direkt akquisitorische Auswirkungen zeitigen. Im Mittelpunkt steht daher das Zuweisungsproblem, "eine bestimmte Anzahl von Mitarbeitern auf eine definierte Zahl von Arbeitsplätzen so zu verteilen ..., daß ein optimales Verhältnis von Eignung und Aufgabe erreicht wird".¹⁾ Weiterhin ist die Frage einer Anpassung des Personaleinsatzes an die zeitlich schwankende Kundennachfrage und den dadurch unterschiedlich starken Arbeitsanfall zu klären.²⁾

a. Handlungsfeld des Personaleinsatzes

Wichtige unternehmensexterne Daten für den Einsatz des Verkaufspersonals liefert der jeweilige regionale Arbeitsmarkt. Das Angebot an Arbeitskräften mit bestimmter Ausbildung, Erfahrung und persönlichen Eigenschaften sowie Einstellungen zur Arbeit determiniert in hohem Maße die Möglichkeiten zieladäquater Personalbeschaffung. Weiterhin sind gesetzliche Regelungen als Rahmenfaktoren zu beachten. Dabei ist an dieser Stelle nicht auf das umfangreiche Arbeitsrecht der Bundesrepublik Deutschland einzugehen;³⁾ vielmehr geht es um apothekenspezifische Bestimmungen, die den Personaleinsatz regeln. So dürfen beispielsweise Arzneimittel in Apotheken

1) Barth, Klaus: Grundlagen der Personaleinsatzplanung im Einzelhandel. In: Distributionswirtschaft. Rudolf Seyffert zum 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968 (Zitierweise: Personaleinsatzplanung), S. 202.

2) Vgl. *ibid.*, S. 202 f.; siehe hierzu auch Gaugler, Eduard: Personalwesen in der Absatzwirtschaft. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1603 f.

3) Vgl. hierzu speziell für Apotheken etwa Franzen/Nettesheim, *op.cit.*, S. 304 ff.

ausschließlich von pharmazeutischem Personal abgegeben werden.¹⁾ Hierzu gehören vor allem approbierte Apotheker, Apothekerassistenten und pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA), nicht dagegen Apothekenhelferinnen.²⁾ Über die Grenzen des Personaleinsatzes von Helferinnen existiert eine umfangreiche Rechtsprechung.³⁾

In besonderem Maße handlungssteuernd auf den Einsatz des Verkaufspersonals müssen im Einzelhandel zeitliche Schwankungen der Nachfrage wirken;⁴⁾ denn Dienstleistungen an Personen, wie z.B. die Beratung, sind nicht speicherbar, sondern erst dann zu erbringen, wenn der Kunde das Geschäft betritt.⁵⁾

Innerbetrieblich wird der Handlungsrahmen der Personaleinsatzgestaltung einmal durch die Betriebsgröße, zum anderen durch finanzielle Möglichkeiten der Entlohnung, zum dritten von den Arbeitsbedingungen abgesteckt. Vor allem die Beschäftigung von approbierten Apothekern ist hierbei aufgrund deren akademischer Ausbildung als besonders kostenintensiv anzusehen. Weiterhin können allgemein die Wareneigenarten als handlungsbegrenzende Daten angesehen werden. So bedingen etwa erklärungsbedürftige Produkte des individuellen Bedarfs den Einsatz speziell ausgebildeter Mitarbeiter, die eine Kundenberatung durchführen können. Demgegenüber fallen im Bereich des selbstbedienungsgerechten Ergänzungssortiments vor allem Tätigkeiten der Warenplatzierung und Regalauffüllung an. Schließlich ist auf unberechenbare Arbeitsausfälle, etwa durch Krankheit oder Unfall, als Daten hinzuweisen.⁶⁾ Sie können kurzfristige Änderungen im Personaleinsatz erfordern.

1) Vgl. § 2, Abs. 1 und 2 ApoBo sowie den Kommentar hierzu bei Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., insbes. Blatt 37 ff.

2) Vgl. § 2, Abs. 3 ApoBo.

3) Vgl. hierzu den Überblick bei Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 40 ff.

4) Vgl. hierzu etwa Kalussis: Betriebslehre, S. 136 ff.; Tietz: Grundlagen, Bd. 3, S. 396 f.

5) Zur Ermittlung von Kundenfrequenzen in Apotheken vgl. das praktische Beispiel bei Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 162 ff. Die Autoren weisen auch darauf hin, daß keineswegs der Umsatz, sondern die Kundenzahl als Maßstab der Nachfrageschwankungen heranzuziehen sei, weil auch Kunden zu bedienen sind, die nichts kaufen, sondern lediglich beraten werden wollen (anders etwa Barth: Personaleinsatzplanung, S. 207).

6) Vgl. etwa Tietz: Grundlagen Bd. 2, S. 1427.

Bei den Zielen des Personaleinsatzes steht die bereits erwähnte Bestrebung im Vordergrund, Aufgabenanforderungen und Eignungen von Mitarbeitern bestmöglich in Einklang zu bringen.¹⁾ So geht es im Bereich pharmazeutischer Beratung insbesondere darum, Darbietungszielen zu genügen. Demgegenüber verlangen Erwerbsziele möglichst kostengünstige Personaleinsätze. Insgesamt soll "trotz zeitlich schwankendem Arbeitsanfall jederzeit die personelle Leistungsbereitschaft sichergestellt werden."²⁾ Nicht zuletzt ist auf Ausbildungsziele zu verweisen,³⁾ deren Bedeutung für Apotheken angesichts der Notwendigkeit qualifizierter Gesundheitsberatung nicht begründet werden muß.⁴⁾

b. Operative Handlungsprinzipien des Personaleinsatzes

An erster Stelle ist das Prinzip einer Abstimmung von Mitarbeiterqualifikationen einerseits sowie Waren- und Dienstleistungseigenarten andererseits anzuführen.⁵⁾ Daß ausschließlich pharmazeutisch ausgebildetes Fachpersonal eine Beratung in Gesundheits- und Arzneimittelfragen vornehmen darf, ist bereits mehrfach erwähnt worden. Damit soll Schaden von der Gesundheit der Patienten abgewehrt werden, der durch überflüssige und fehlerhafte Arzneimittelabgabe entstehen könnte. Das genannte Prinzip erfordert gleichzeitig, daß pharmazeutische Mitarbeiter, insbesondere aber der Apothekenleiter, von Tätigkeiten entlastet werden, die auch andere Personen, vor allem Apothekenhelferinnen aufgrund ihrer Ausbildung bewältigen können. Hierzu gehören u.a. die Suche von verlangten Medikamenten im Arzneimittellager und ihr Herbeiholen. Damit korrespondiert das genannte Prinzip auch mit dem im Bereich der Ladengestaltung erörterten Grundsatz, nicht sämtliche Spezialitäten in der Offizin zu lagern. Was der-

1) Vgl. etwa auch Frese, Erich: Personalplanung. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Stuttgart 1975, Sp. 2950; Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1428.

2) Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1428.

3) Vgl. hierzu *ibid.*, S. 1442 ff.

4) Vgl. hierzu auch Zander/Zander: Die Apotheke, S. 70 f.

5) Kotler spricht hierbei allgemein von einer produktorientierten Organisationsstruktur des Verkaufspersonals (vgl. Kotler: Marketing-Management, S. 704).

artige Tätigkeitsaufteilungen zwischen pharmazeutischem Personal und Helferinnen für kleine Betriebe bedeuten, ist ebenfalls bereits erläutert worden.¹⁾ So ist es beispielsweise kostengünstiger, eine zusätzliche Helferin für das Lager zu beschäftigen und damit pharmazeutischen Mitarbeitern einen größeren Spielraum bei der Kundenbedienung zu geben, als zusätzliches pharmazeutisches Fachpersonal einzustellen, das Arzneimittelsuche und -transport selbst übernimmt. Allerdings bedingt das genannte Prinzip gut ausgebildete und flexible Apothekenhelferinnen. Ungeschulte Hilfskräfte können die anfallenden Arbeiten im Lager nicht bewältigen, so daß lange Wartezeiten für Kunden entstehen können und der Apotheker bei falscher Warenübermittlung eventuell selbst den (dann) sehr langen Weg zum Lager zurücklegen muß.

Erhebliche Konflikte kann es bei dem Warenbereich der freiverkäuflichen Arzneimittel geben. Einerseits ist nämlich Apothekenhelferinnen die Abgabe auch dieser Produkte in Apotheken untersagt²⁾, andererseits besitzen sie die erforderliche Sachkenntnis, um selbständig nicht-apothekenpflichtige Medikamente in Betrieben anderer Branchen zu verkaufen und Kunden zu beraten.³⁾ Angesichts dieser Sachlage wäre es gerechtfertigt, ihnen auch innerhalb der Apotheke eine verantwortliche Betreuung freiverkäuflicher Pharmazeutika von der Bestellung bis zum Kundenverkauf zu übertragen, zumal ein approbierter Apotheker zusätzlich jederzeit Hilfestellung geben kann.

Beratungsbedürftige Waren des individuellen Bedarfs im Ergänzungssortiment erfordern ebenfalls den Einsatz fachlich ausgebildeter Verkaufskräfte, wenn die Apotheke das Image eines Fachgeschäfts für die Gesundheitspflege prägen und wahren will. Diese Mitarbeiter können Apothekenhelferinnen sein, die sich einer besonderen Schulung unterzogen haben (z.B. für Kosmetika, Diätetika). Daß eine Reihe von industriellen Herstellern Lehrgänge hierfür anbieten, ist bereits erwähnt worden. Damit wird auch

1) Vgl. hierzu S. 297 f. dieser Arbeit.

2) Vgl. etwa Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 40 f.

3) Vgl. ibid., Blatt 40 f.; Fresenius, op.cit., S. 76 f.

der enge Zusammenhang zwischen sortimentspolitischen Entscheidungen zugunsten von Artikeln solcher Produzenten und deren möglicher Förderung durch Verkaufspersonal deutlich. Soll eine besondere Betonung bestimmter Warenarten, z.B. aufgrund marktfeldspezifischer Bedarfsschwerpunkte, erfolgen, so kann auch die Beschäftigung speziell ausgebildeter Fachkräfte, wie z.B. Kosmetikerinnen, Drogistinnen, erforderlich sein.

Problemlose Waren des täglichen Massenbedarfs benötigen keine Unterstützung durch persönlichen Verkaufseinsatz von Mitarbeitern. Aufgrund ihrer Selbstverkäuflichkeit beschränkt sich die anfallende Tätigkeit auf die Plazierung von Artikeln auf Warenträgern und die Auffüllung der Regale. Dies können Helferinnen oder auch Drogistinnen erledigen. Nach dem personalpolitischen Prinzip der Einheit von Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung können hierbei einzelnen Mitarbeitern bestimmte Warengruppen zur Betreuung zugewiesen werden, was eine Rechtfertigung des Umsatzergebnisses einschließt. Diese Vorgehensweise führt zur Bildung mehrerer, nach warespezifischen Merkmalen abgegrenzter "profit centers".¹⁾ An den verantwortlichen Mitarbeiter wird dabei u.a. die Aufgabe der Erhebung von Datenmaterial, etwa über Markenangebot und Preisforderungen von Wettbewerbern, Marktanteile und Umschlagsgeschwindigkeiten einzelner Artikel und Sorten, delegiert. In Abstimmung mit dem Apothekenleiter, der lediglich Richtlinien für Sortimentsdiversifikation und -straffung, Bestellmenge, Preisgestaltung und Warenplazierung vorgibt, ist der Mitarbeiter somit an Entscheidungen auf den genannten Funktionsgebieten maßgeblich beteiligt. Damit wird der Arbeitseinsatz des Apothekenleiters im Ergänzungssortiment auf ein Minimum reduziert, was nicht zuletzt zu einer Senkung der diesem Sortimentsteil anzulastenden Kosten führt und wettbewerbsfähige Preisforderungen realisieren hilft.²⁾ Schließlich sind Eigen-

1) Vgl. zu diesem Begriff etwa Welge, Martin K.: Profit Center. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Stuttgart 1975, Sp. 3180.

2) Insofern wird auch das Argument, daß das Personal in der Apotheke für das Ergänzungssortiment im Vergleich zum übrigen Einzelhandel zu teuer sei (so etwa Twiehaus/Beckendorff, op.cit., S. 89), hinfällig.

verantwortung und hohe Selbständigkeit eine Voraussetzung für die Motivation der Mitarbeiter.¹⁾

Der zeitliche Einsatz des Verkaufspersonals hat sich an die Kundenfrequenz durch flexible Arbeitszeitregelungen anzupassen.²⁾ Nachfragespitzen können durch teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter ausgeglichen werden.³⁾ Dies gilt gleichermaßen für das pharmazeutische Personal wie für Apothekenhelferinnen.⁴⁾ Dabei ist vor allem zu berücksichtigen, daß nicht direkt kundenabhängige Tätigkeiten, wie z.B. Warenannahme, Preisauszeichnung, Auffüllung von Arzneimittellager und Selbstbedienungsregalen, in nachfrageschwachen Zeiten durchgeführt werden können.⁵⁾ Damit ergibt sich gewissermaßen ein natürlicher Ausgleich in der zeitlichen Arbeitsbelastung.⁶⁾

6. Strategie einer imagekonformen Angebotsorganisation

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, daß im Bereich der Angebotsorganisation in hohem Maße ein Zielkonflikt zwischen Erwerbszielen einerseits und Darbietungszielen andererseits besteht. Während letztere z.B. die Erbringung hoher Betriebsbereitschafts-, Bedienungs- und Beratungsleistungen sowie eine Problematisierung des Arzneimittelkaufs fordern, verlangen jene umsatzserlösssteigernde und kostensparende organisatorische Maßnahmen. Eine umfassende Strategie der Angebotsorganisation hat daher durch zieladäquate Auswahl und Kombination von Be-

1) Vgl. auch Eckardstein, Dudo von/Schnellinger, Franz: Personalmarketing im Einzelhandel, Berlin 1971, S. 24 f.

2) Vgl. hierzu ausführlich Barth: Personaleinsatzplanung, S. 214 f.; Berekoven, Ludwig: Umsatzsteigerung durch gezielte Personalplanung. In: AJ, H. 2/1979, S. 64 ff.

3) Vgl. hierzu Berekoven, op.cit., S. 66 f.

4) Vgl. auch Hasan-Boehme, Ursula: Personalstruktur in Apotheken. In: Pharm.Ztg., 122.Jg. (1977), S. 565; sowie das praktische Beispiel bei Heiser, Horst: Variable Arbeitszeit in der Apotheke. In: DAZ, 116.Jg. (1976), S. 401 ff.

5) Vgl. allgemein etwa Eckardstein/Schnellinger, op.cit., S. 26 f.

6) Vgl. auch Barth: Personaleinsatzplanung, S. 219.

triebsmitteln und Arbeitsleistungen einen praktikablen Kompromiß zwischen beiderlei Bestrebungen zu finden. Dabei müssen für den Arzneimittelbereich organisatorische Mindeststandards gesetzt werden, deren Kosten zumindest teilweise durch billige und verkaufsfördernde Aktivitäten bei Waren des präventiven Gesundheitssortiments ausgeglichen werden können.

Betriebsbereitschaftsleistungen in Form von nachfrageadäquaten Öffnungszeiten und hohen Lieferbereitschaftsgraden sind zur Befriedigung von dringenden Arzneimittelbedarfen existenziell notwendig. Ihr Abbau verletzt daher den öffentlichen Auftrag der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und vermag außerdem Argumente dafür zu liefern, apothekerspezifische Privilegien, wie etwa das Warenmonopol und die festen Preisspannen bei den meisten Pharmazeutika, die gleichsam als "Abgeltung" u.a. für Betriebsbereitschaftsleistungen aufgefaßt werden können, abzubauen.

Um die gesundheitliche Problematik des Arzneimittelkaufs zu unterstreichen und damit Ziele einer an medizinischen Kriterien ausgerichteten Bedarfsformung zu erfüllen, ist das apothekenpflichtige Sortiment von problemlosen und erklärungsbedürftigen Waren des Präventivbedarfs sachlich und räumlich abzugrenzen. Darunter dürfen allerdings Ziele der Bedarfsexpansion bei gesundheitspflegenden Produkten nicht leiden. Ihnen kann vor allem durch eine impulskauffördernde Warenpräsentation nachgekommen werden. Wesentliche Strategien zur Verwirklichung dieser Absichten sind der persönliche Verkauf durch pharmazeutisches Personal bei apothekenpflichtigen Medikamenten¹⁾ und die Delegation sämtlicher Arbeiten im Arzneimittellager und im Ergänzungssortiment an Apothekenhelferinnen und anderes Fachpersonal.²⁾

Die Abstimmung sämtlicher Raumelemente der Offizin mit dem Ziel einer einheitlichen, harmonischen Ausprägung fördert die Bildung eines positiven Gesamteindrucks der Apotheke, der auf die Ein-

1) Zur Bedeutung von Merkmalen und Verhaltensweisen des Verkaufspersonals für das Geschäftsimages vgl. allgemein Henseler, op.cit., S. 23 f.

2) Vgl. hierzu auch das umfassende Beispiel der Aufgabenzuordnung in einer Klinikapotheke bei Schweitzer, E./Felis, W.: Personaleinsatz und Aufgabenverteilung in einer Klinikapotheke. In: das Krankenhaus, 73.Jg. (1981), H. 2, S. 50 ff.

stellungen und Meinungen der Kunden handlungssteuernd wirkt und die soziale Akzeptanz der Institution Apotheke als "Haus der Gesundheit" steigert. Einrichtungsgegenstände müssen daher hinsichtlich Material und Design so ausgewählt werden, daß einerseits eine Atmosphäre des Vertrauens in die pharmazeutische Sachkenntnis des Apothekers, andererseits Anreize der Bedarfskreation für präventive Gesundheitsgüter entstehen.

Nicht zuletzt ist zu berücksichtigen, daß die wirtschaftliche Lebensdauer der Ladeneinrichtung kürzer ist als ihre gebrauchstechnische Nutzungszeit. Um dem Phänomen des Ladenverschleißes ("store erosion") zu begegnen, sind daher Betriebsmittel in bestimmten Zeitabständen an veränderte Anforderungen anzupassen.¹⁾ Diese Notwendigkeit ergibt sich für Apotheken besonders im Hinblick auf die Gefahr von Konkurrenzneugründungen, die Kunden gegenüber dem alten Geschäft den Reiz neuer Einkaufserlebnisse bieten. Dabei könnte die Möglichkeit, einzelne Teile des Verkaufsraumes etwa durch neue Raumelemente umzugestalten, einen Kompromiß zwischen der Forderung nach Erneuerung und der Tatsache knapper finanzieller Mittel erlauben. Schon die Durchführung saisonal wechselnder Sortimentsaktionen mit attraktiver Plazierung vermag, ein Schritt auf diesem Weg zu sein.

Eine imageadäquate Organisation des kombinierten Einsatzes von sächlichen Betriebsmitteln und menschlichen Arbeitskräften vermag, erhebliche Vorteile im Wettbewerb mit anderen Apotheken und Betrieben sonstiger Branchen zu schaffen; denn sie führt zur Bildung von persönlichen Präferenzen und zum Abbau von Hemmnissen bei Verbrauchern gegenüber der Apotheke als Einkaufsstätte. "Optimal" organisierte Apotheken vermögen nicht zuletzt, Konkurrenzgründungen abzuschrecken, und zwar auch bei fremden Betriebsformen, die vor einer Geschäftseröffnung exakte Marktanalysen zu erstellen pflegen.

1) Vgl. hierzu Höhl, op.cit., S. 66; o.V.: Ladenbau: Krämer im Kram. In: absatzwirtschaft, H. 5/1978, S. 90 ff.

F. WERBUNG

Werbung des Einzelhandels umfaßt die absatzpolitischen Zielen dienende, "absichtliche und zwangsfreie Einwirkung auf Menschen mit Hilfe spezieller Kommunikationsmittel."¹⁾ Um eine Abgrenzung zu anderen absatzpolitischen Aktionsbereichen zu erreichen, die gleichfalls akquisitorische ("werbende") Wirkungen auf Konsumenten ausstrahlen, ist hier eine Beschränkung auf unpersönliche und einseitig wirkende Kommunikationsmittel vorzunehmen.²⁾ Dies erlaubt es auch, die physische Warenpräsentation und den persönlichen Verkauf aus dem Aktionsbereich der Werbung auszuschließen; denn werbende Funktionen übernehmen hier einerseits Personen, andererseits die Waren selbst. Grenzt man den Begriff der Werbung von der als kritisch angesehenen Vokabel Reklame ab, so kann letztere als aufdringliche, marktschreierische, "schlechte" Werbung bezeichnet werden.³⁾

1. Zur Bedeutung und zu den Besonderheiten der Heilmittelwerbung

Ohne auf die allgemeine gesamt- und einzelwirtschaftliche Bedeutung der Werbung einzugehen,⁽⁴⁾ ist festzustellen, daß die pharmazeutische Industrie zu den werbeintensivsten Industriezweigen zählt.⁽⁵⁾ Wenngleich der größte Teil der Werbeausgaben hierbei auf die wissenschaftliche Information und Beratung der Fachkreise (Ärzte, Apotheker) entfällt,⁽⁶⁾ muß doch auch der Publikums-

1) Behrens, Karl Christian: Absatzwerbung, 2. Aufl., Wiesbaden 1976, S. 14 (im Original kursiv); vgl. auch Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 422 f.; Weinberg, Georg-Michael: Werbung im Einzelhandel - Ein Beitrag zu offenen Fragen der Werbeforschung, Diss. Berlin 1970 (Zitierweise: Einzelhandel), S. 3.

2) So auch Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 423; vgl. ähnlich Leitherer: Eugen: Werbelehre, 2. Aufl., Stuttgart 1975, S. 2.

3) Vgl. Kästing, Friederike: Werbung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2242; Hundhausen, Carl: Wirtschaftswerbung, Berlin 1971, S. 6.

4) Vgl. hierzu etwa Kjær-Hansen, Max: Heutige Bedeutung der Werbung. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, 25 ff.; Zentralausschuß der Werbewirtschaft (ZAW) (Hrsg.): Werbung '80, Bonn 1980, insbes. S. 19 ff. und S. 113 ff.

5) Vgl. z.B. Geßner, op.cit., S. 842.

6) Vgl. pharma daten 80, S. 11.

werbung marktbeeinflussende Wirkung zugeschrieben werden. (1) Dabei kann allerdings durch den Einsatz von Werbemitteln und -trägern kaum eine Bedarfs-
kreation oder -expansion in einzelnen Teilmärkten erreicht werden; es geht
vielmehr um Marktanteile einzelner Präparate im Wettbewerb mit Konkurrenz-
anbietern. (2) Demgegenüber sind die Werbeaufwendungen in Apotheken mit durch-
schnittlich 0,4 % vom Umsatz in den Jahren 1977 und 1978 (3) als außerordent-
lich gering einzustufen, obwohl auf die Bedeutung der Werbung zur Erreichung
unternehmerischer Ziele für Apotheker schon seit langem hingewiesen wird. (4)

Ohne zunächst auf rechtliche Werberestriktionen einzugehen, muß
festgehalten werden, daß die Werbung für Apotheker ein wichtiges
Mittel im Wettbewerb darstellt.⁵⁾ Gründe hierfür sind die Nie-
derlassungsfreiheit, die zu erheblichen Einbußen von Marktan-
teilen führen kann, sofern sich das Risiko einer Konkurrenz-
gründung realisiert, und aggressive absatzpolitische Maßnahmen
von Betrieben anderer Branchen im Bereich des Gesundheitspflege-
sortiments. Ein Verzicht auf jegliche Werbung schwächt nicht nur
persönliche Präferenzen beim Publikum zugunsten räumlicher, die
der Gefahr des Untergangs durch eine Konkurrenzgründung ausge-
setzt sind, sie kann langfristig auch zu einem völligen Abwan-
dern des nicht-apothekenpflichtigen Sortiments in Betriebe an-
derer Branchen führen und den Apotheker - abgesehen von Umsatz-
einbußen - seiner gesundheitspolitischen Aufgabe der Mithilfe
in der Prophylaxe berauben.

".. Einzelhändler betreiben Absatzwerbung, um durch eine Kon-
frontation der Nachfrager mit ihrem Angebot an einzelnen Pro-
dukten und Dienstleistungen oder mit ihrer Unternehmung als
Ganzem die Bedürfniskonkretisierung und Bedarfsdeckung der Kon-
sumenten zu ihren Gunsten zu lenken."⁶⁾ Da die Besetzung von

1) Zur Abgrenzung von Ausgaben für wissenschaftliche Information einerseits
und Werbung i.e.S. andererseits vgl. die gegensätzlichen Meinungen von
Riebel: Kosten, S. 81 ff. und Ruhr, op.cit., S. 93 ff.

2) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 91 dieser Arbeit und die dort zitier-
te Literatur.

3) Vgl. Menge: Betriebsvergleich, S. 1701.

4) Vgl. etwa Falk, op.cit., S. 66, im Jahre 1934.

5) Vgl. auch Gaede, Bertold: Apothekenwerbung - wohin? In: AP, 3.Jg. (1981),
Nr. 4, S. 8 sowie Geßner, op.cit., S. 849.

6) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 426 (Hervorhebungen vom Verfasser
nicht übernommen).

Bedürfnissen durch verschiedene Präparate häufig am Einkaufsort selbst vonstatten geht, kommt im Einzelhandel auch der Werbung im Ladengeschäft besondere Bedeutung zu. Für Apotheken geht es allerdings weniger darum, den durchschnittlichen Einkaufsbetrag je Kunde und Einkaufsakt zu erhöhen, ihre gesundheitspolitischen und erwerbswirtschaftlichen Zielsetzungen verlangen es vielmehr, Konsumenten zu erreichen, die eine Apotheke bisher lediglich als Abgabestelle für verordnete Medikamente angesehen haben. Diese Verbraucher können aber allein durch Werbung in der Offizin nicht im Sinne apothekenspezifischer Werbeziele beeinflußt werden; denn diese Werbung nehmen sie nur selten wahr. Auf Maßnahmen der Media-Werbung mit Hilfe von Werbeträgern außerhalb des Ladengeschäfts kann daher nicht verzichtet werden.¹⁾

2. Handlungsrahmen der Apothekenwerbung

Als Rahmenfaktoren für werbepolitische Aktivitäten wirken zunächst vor allem finanzielle Möglichkeiten und die jeweilige Absatzreichweite.²⁾ So schließen z.B. geringe finanzielle Ressourcen und enge Absatzgebiete den Einsatz bestimmter Werbeträger, wie etwa Fernsehen, Rundfunk, überregionale Zeitschriften aus. Weiterhin sind Entscheidungen in anderen Handlungsbereichen der Absatzpolitik handlungsbestimmend, da sie weitgehend Material für die Werbeargumentation liefern, wie beispielsweise Hinweise auf besondere sortiments- und preispolitische Leistungen einer Apotheke im Gesundheitspflegesortiment.

Unternehmensextern sind vor allem die Nachfragestruktur und sich aus ihr ergebende besondere Bedingungen hinsichtlich der Erreichbarkeit verschiedener Konsumentenzielgruppen mit bestimmten Werbemitteln als handlungsbegrenzende Daten zu nennen.³⁾ Weiterhin müssen sozialpsychische Werbewirkungen bei den ange-

1) Vgl. auch Hoffmann, Bernd: "Ich kenne keine Standesrichtlinien als Orientierungshilfe ...". In: AP, 3.Jg. (1981), S. 10.

2) Vgl. Weinberg: Einzelhandel, S. 76 ff.

3) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 435.

sprochenen Zielgruppen, die von alternativen Werbeaktionen ausgehen, im Handlungsrahmen beachtet werden.¹⁾ Hierbei geht es vor allem um den Einfluß, den die jeweilige Ausprägung der Werbung, etwa durch die Größe von Anzeigen, die farbliche Gestaltung, die Häufigkeit der Präsentation, auf die Wahrnehmung, das Gedächtnis, die Einstellungen und das Verhalten von Konsumenten ausübt.²⁾ Wenngleich zahlreiche werbepsychologische Untersuchungen über diesen Problembereich vorliegen,³⁾ scheint eine zuverlässige Klärung offener Fragen bisher nicht erfolgt zu sein.⁴⁾ Für Einzelhandelsbetriebe wird allerdings immer wieder die Notwendigkeit betont, Imagewirkungen bzw. die Formung von Einstellungen von Verbrauchern in den Mittelpunkt werblicher Anstrengungen zu stellen.⁵⁾

Nicht zuletzt müssen Aktivitäten von Herstellern und Mitantbietern als handlungsbegrenzende Faktoren berücksichtigt werden, die auf eigene Werbeanstrengungen fördernd oder hemmend wirken können. Ersteres ist der Fall, wenn gleiche Werbeziele verfolgt werden, wie z.B. die Gewinnung von Kunden für ein agglomeratives Geschäftszentrum mit komplementären Leistungsangeboten. Im zweiten Fall verfolgt z.B. ein Konkurrent möglicherweise Marktanteilsziele oder will ein Pharmaproduzent die Applikation risikobehafteter Medikamente steigern.

Daß technische Faktoren den Handlungsspielraum der Werbung eingengen, ist offensichtlich. Dies trifft vor allem auf die Verfügbarkeit bestimmter Werbemittel und -träger zu.

Außerordentlich umfassend und restriktiv ist der rechtlich gesetzte Handlungsrahmen der Apothekenwerbung. Daher gilt für

1) Vgl. Tietz: Marketing, S. 274.

2) Zur Unterscheidung verschiedener Stufen von Werbewirkungen vgl. etwa Meffert: Marketing, S. 422 f.; Hill: Marketing 2, S. 152 ff.

3) Vgl. hierzu ausführlich v. Rosenstiel/Ewald, op.cit., Bd. 2, S. 92 ff.; siehe auch Trommsdorff, Volker: Werbung, psychologische Grundlagen. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2270 ff.; Tietz, Bruno/Zentes, Joachim: Die Werbung der Unternehmung, Reinbek b. Hamburg 1980, S. 235 ff.

4) Vgl. Hill: Marketing 2, S. 149; Kästing: Werbung, Sp. 2248.

5) Vgl. Henseler, op.cit., S. 22 f.; Weinberg: Einzelhandel, S. 56 ff.; Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 434.

den Aktionsbereich der Werbung die bereits erwähnte Erkenntnis, daß erfolgreiches Marketing vor allem darin bestehe, die rechtlich zulässigen Grenzen absatzwirtschaftlichen Handelns möglichst exakt auszuleuchten, in besonderem Maße. Dies impliziert allerdings die Notwendigkeit, sich im folgenden ausführlich mit staatlich gesetzten Werberegungen zu befassen.

Apotheken unterliegen zunächst den gleichen rechtlichen Restriktionen wie andere Betriebe unseres Wirtschaftssystems,¹⁾ so z.B. dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG), das u.a. vergleichende und irreführende Werbung verbietet.²⁾ Außerdem müssen Apotheken zusätzlich das Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) berücksichtigen. Wenngleich dieses Gesetz in erster Linie die Publikumswerbung der pharmazeutischen Industrie betrifft, gelten seine Bestimmungen auch für Apotheken: Zuerst konkretisiert das Gesetz das Verbot einer irreführenden Werbung speziell für Arzneimittel.³⁾ Weiterhin legt es sämtliche Angaben fest, die jede Werbung für ein Arzneimittel enthalten muß, wobei der Name des pharmazeutischen Herstellers, die Bezeichnung des Arzneimittels, seine Zusammensetzung, Anwendungsgebiete, Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und besondere Warnhinweise im Mittelpunkt stehen.⁴⁾ Entfallen können diese Angaben bei einer Erinnerungswerbung, die dann vorliegt, "wenn ausschließlich mit der Bezeichnung eines Arzneimittels oder zusätzlich mit dem Namen, der Firma oder dem Warenzeichen des pharmazeutischen Unternehmers geworben wird."⁵⁾ "Diese Erleichterung für die Erinnerungs-

-
- 1) Die neuere Werbeliteratur setzt sich ausführlich mit dem rechtlichen Handlungsrahmen auseinander (vgl. etwa Tietz/Zentes, op.cit., S. 107 ff.; Meyer, Paul W./Hermanns, Arnold: Theorie der Wirtschaftswerbung, Stuttgart et al. 1981, S. 197 ff.). Vgl. hierzu auch grundlegend Lerche, Peter: Werbung und Verfassung, München und Berlin 1967, insbes. S. 35 ff.
 - 2) Vgl. Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) vom 7. Juni 1909, zuletzt geändert am 10.3.1975 (BGBl. III, 43-1), § 3; vgl. hierzu auch Herold, G.: Zur Zulässigkeit von Komparativ- und Superlativwerbung. In: DAZ, 119. Jg. (1979), S. 1410 f.
 - 3) Vgl. Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (HWG) vom 11. Juli 1965 i.d.F. der Bekanntmachung der Neufassung vom 18. Oktober 1978 (BGBl. I, S. 1677), abgedruckt in: Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 327 ff., hier: § 3.
 - 4) Vgl. § 4 HWG.
 - 5) § 4, Abs. 5, Satz 2 HWG.

werbung kommt den Bedürfnissen der Wirtschaft insbesondere bei der Gestaltung der Anzeigenwerbung, bei Aufstellern, Schaufensterdekorationen und bei der Außenwerbung sehr entgegen ...¹⁾ Ihre Bedeutung für Apotheken ist damit offensichtlich. Zu beachten ist hierbei, daß in einer Erinnerungswerbung weder die Angabe von Anwendungsgebieten noch die Anführung von Preisen zulässig ist.²⁾

Von apothekenspezifischer Relevanz ist auch das Verbot einer Werbung, die darauf hinwirkt, apothekenpflichtige Medikamente "im Wege des Versandtes zu beziehen."³⁾ Weiterhin sind Regelungen zu beachten, welche die Publikumswerbung für bestimmte Arten von Arzneimitteln (z.B. verschreibungspflichtige Medikamente)⁴⁾ und Indikationen (z.B. Schlaflosigkeit, psychische Störungen)⁵⁾ sowie die Werbung mit Hilfe bestimmter argumentativer Inhalte (beispielsweise wissenschaftliche Gutachten, Angstgefühle hervorrufende Werbeaussagen)⁶⁾ untersagt.

Von außerordentlicher Tragweite speziell für die Apothekenwerbung sind die von den zuständigen Apothekerkammern herausgegebenen Berufsordnungen bzw. Standesrichtlinien, in deren Mittelpunkt die Regelung des Wettbewerbs zwischen Apotheken steht. Besondere Probleme für eine Untersuchung, die sich auf die gesamte Bundesrepublik bezieht, resultieren jedoch aus der Tatsache, daß diese Richtlinien für die einzelnen Kammerbezirke (bisher) nicht identisch sind. Da jedoch Bestrebungen zu erkennen sind, das Berufsrecht zumindest in seinem wesentlichen materiellen Gehalt zu vereinheitlichen, soll im folgenden von Einzelbestimmungen zeitlich älterer Berufsordnungen abgesehen und der Inhalt der neueren Berufsordnungen zugrunde gelegt werden.⁷⁾

1) Reinsch, Wolfgang: Die Auswirkungen des neuen Heilmittelwerbegesetzes, Schriftenreihe über Vortragsveranstaltungen der Verlagsgruppe Bauer, Bd. 12, o.O. (Bad Homburg) o.J. (1978), S. 18.

2) Vgl. *ibid.*, S. 18.

3) § 8 HWG.

4) Vgl. § 10, Abs. 1 HWG.

5) Vgl. § 10, Abs. 2 HWG.

6) Vgl. hierzu ausführlich § 11, Ziffer 1 - 14 HWG.

7) Vgl. hierzu das im Anhang abgedruckte Beispiel einer Berufsordnung für den Kammerbezirk Nordrhein.

Hiernach ist Wettbewerb vor allem dann verboten, "wenn er eine Werbung zum Inhalt hat, die irreführend ist, oder nach Form, Inhalt oder Häufigkeit übertrieben wirkt oder einen Mehrverbrauch oder Fehlgebrauch von Arzneimitteln begünstigt."¹⁾ Weiterhin herrscht allgemeine Einigkeit über das Verbot ortsfester Hinweise "auf die Apotheke außerhalb des Apothekengrundstücks, soweit sie nicht zum Aufsuchen der nächstgelegenen Apotheke erforderlich sind,"²⁾ sowie in der Bestimmung, "das Vortäuschen einer bevorzugten oder besonderen Stellung der eigenen Apotheke, der eigenen Person oder des Apothekenpersonals" zu untersagen.³⁾

Ohne auf weitere Einzelheiten einzugehen, ist an dieser Stelle festzuhalten, daß Apothekerkammern grundsätzlich ermächtigt sind, Berufsordnungen zu erlassen, welche die Berufspflichten des Apothekers regeln, sofern dies zur Wahrung der dem Apotheker übertragenen öffentlichen Aufgaben notwendig ist.⁴⁾ Damit ist allerdings nicht jedweder Eingriff in die freie Berufsausübung gedeckt.⁵⁾ So kann sicherlich auch nicht behauptet werden, daß Werbung per se mit den Berufspflichten des Apothekers unvereinbar sei, zumal die Definition sozialetischer "Berufsbilder" als Grundlage für beliebige Beschränkungen der Berufsfreiheit rechtlich auf erhebliche Bedenken stößt.⁶⁾ Die Zulässigkeit restriktiver Bestimmungen von Berufsverbänden hängt vielmehr u.a. "von der jeweiligen Intensität des Eingriffs" und davon ab, ob ihn "die Interessen der Allgemeinheit erfor-

-
- 1) Berufsordnung für Apotheker der Apothekerkammer Westfalen-Lippe vom 6. Dezember 1978, Sonderdruck, § 8, Satz 1; siehe auch Berufsordnung für Apotheker des Landes Niedersachsen i.d.F. vom 21. April 1978, abgedruckt in: Mitteilungsblatt der Apothekerkammer Niedersachsen, Nr. 8/1978, S. 131 f., § 8, Satz 1.
 - 2) Für alle anderen Berufsordnungen: Berufsordnung des Landes Niedersachsen, § 8, Ziffer 9.
 - 3) Für alle anderen Berufsordnungen: Berufsordnung für Apotheker der Apothekerkammer Nordrhein, abgedruckt im Anhang, § 8, Ziffer 1.
 - 4) Vgl. hierzu etwa Urteil des OVG Münster vom 24.1.1980 (AZ: ZA 1/76), abgedruckt in: Pharm.Ztg., 125.Jg. (1980), S. 808; Kramm, Dietrich: Unzulässig: Werbung mit Niedrigpreisen. In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 22, S. 9.
 - 5) Vgl. hierzu auch Pieck, Apothekenwerbung, S. 293.
 - 6) Vgl. hierzu Lerche, op.cit., S. 116 f.

dern."¹⁾ Dies bedeutet, daß absolute Verbote jeglicher Werbung für Apotheker nicht gerechtfertigt sind.²⁾ Insbesondere widerspricht es nicht öffentlichen Interessen, wenn ein Apotheker beispielsweise über sein Leistungsangebot an gesundheitspflegenden Waren informiert. "Wettbewerbsmaßnahmen, die darauf gerichtet oder auch nur geeignet seien, Kunden von einer anderen Apotheke abzuleiten und der eigenen Apotheke zuzuführen",³⁾ pauschal als standeswidrig zu bezeichnen, muß angesichts der bestehenden Niederlassungsfreiheit völlig unverständlich bleiben; denn die (zulässige) Konkurrenzgründung einer Apotheke im Nachbarhaus eines bestehenden Betriebes wäre ja wohl die einschneidendste Maßnahme der Kundenwegführung und "Umlenkung" von Arzneimittelumsätzen, die man sich denken kann.

In Anbetracht dieser Sachlage haben sich die neueren Berufsordnungen auch darauf beschränkt, Werbung nur insoweit zu untersagen, als sie "marktschreierisch", "nicht leistungsgerecht" oder "übertrieben" wirkt.⁴⁾ Die Problematik, die in der Unbestimmtheit dieser Begriffeliegt, muß nicht besonders betont werden. So ist etwa nach wie vor ungeklärt, ob "beispielsweise Werbeprospekte für Apotheken, in der Öffentlichkeit verteilt oder der Lokalpresse beigelegt, als Werbemittel ohne Rücksicht auf den Inhalt allein der Form und der Werbemethode nach marktschreie-

1) Urteil des Bundesverfassungsgerichts ("Facharzt"-Beschluß), Amtliche Sammlung 33, S. 160 und S. 159. Ob die Ansicht, restriktive Werbeschränkungen im Ergänzungssortiment seien nur ein geringfügiger Eingriff in die freie Berufsausübung des Apothekers (so etwa die Aussage der in Fußnote 3) auf dieser Seite und in Fußnote 1) auf S. 326 zitierten Gerichtsurteile), haltbar ist, muß angesichts stagnierender Arzneimittelumsätze, der zunehmenden Bedeutung der Prophylaxe und der Niederlassungsfreiheit sowie wegen aggressiver Werbemaßnahmen von Betrieben anderer Branchen zweifelhaft sein und zukünftig immer unhaltbarer werden (so ähnlich auch Otto, H.: Erlaubte Werbung. In: DAZ, 119.Jg. (1979), S. 457 f.).

2) Vgl. etwa Stahl, Klaus: "Grundsätzlich ein legitimes Wettbewerbsmittel!" In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 22, S. 10; Urteil des OVG Münster vom 24.1.1980, op.cit., insbes. S. 809.

3) Urteil des Landesberufsgerichts für Apotheker in Karlsruhe vom 23. April 1980 (LBG 4/79), abgedruckt in: Pharm.Ztg., 125.Jg. (1980), S. 1406.

4) Vgl. z.B. die in den Fußnoten 1) und 3) auf S. 323 zitierten Berufsordnungen.

risch sind."¹⁾ Die Spannweite der neueren Rechtsprechung auf diesem Gebiet bewegt sich von einem völligen Verbot von Werbung außerhalb der Apotheke²⁾ bis zu einer ausdrücklichen Erlaubnis von unternehmensexterner Prospekt- und Anzeigenwerbung.³⁾ Die Tendenz geht allerdings dahin, Einzelwerbung außerhalb der Offizin nicht generell zu untersagen.⁴⁾

Umstritten ist weiterhin, ob sich die genannten Werbebeschränkungen ausschließlich auf das apothekenpflichtige Arzneimittelassortiment, zusätzlich auch auf freiverkäufliche Medikamente oder auf das gesamte Absatzprogramm beziehen. So ist das Bundeskartellamt der Ansicht, daß Apotheker "für frei verkäufliche Erzeugnisse unbeschränkt ebenso werben [dürfen] wie andere mit ihnen konkurrierende Unternehmen,"⁵⁾ und die Apothekerkammer Bremen räumt in den Erläuterungen zu ihrer Berufsordnung ein, daß die "Werbung für apothekenpflichtige Arzneimittel und für das Randsortiment der Apotheken .. unterschiedlich zu beurteilen [ist], da dieses auch von jedem Einzelhändler geführt werden kann und seine Bewerbung lediglich dem allgemeinen Wettbewerbsrecht ... unterliegt".⁶⁾ Nach (bisher) übereinstimmender Auffassung der Rechtsprechung kann bei der Beurteilung einer Werbemaßnahme allerdings nicht zwischen der Werbung für apothe-

- 1) Pieck, op.cit., S. 295; Stahl, op.cit., S. 10, verneint die Ständeswidrigkeit bestimmter Formen der Werbung als solche.
- 2) So hat das Berufsgesicht für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Mainz in einem Urteil vom 1. Oktober 1980 (AZ: BG (H) K7/79), abgedruckt in: DAZ, 120.Jg. (1980), S. 2291 ff. jede Einzelwerbung außerhalb der Apotheke untersagt.
- 3) Vgl. Urteil des Oberlandesgerichts München vom 23.10.80, auszugsweise abgedruckt in: BAZ, 2.Jg. (1981), Nr. 1, S. 18; vgl. hierzu auch o.V.: OVG München sagt "ja" zur Werbung. In: AP, 3.Jg. (1981), Nr. 4 (Zitierungsweise: Werbung), S. 14.
- 4) Vgl. etwa Pieck: Apothekenwerbung, S. 295; Kramm, op.cit., S. 9; Stahl, op.cit., S. 10; Urteil des Landesberufsgesichts für Apotheker in Karlsruhe vom 23. April 1980, S. 1405.
- 5) Bericht des Bundeskartellamtes über seine Tätigkeit im Jahre 1977 sowie über Lage und Entwicklung auf seinem Aufgabengebiet, Bundestagsdrucksache 8/1925, Bonn, 16.06.78, S. 78 f.; vgl. auch o.V.: Werbung, S. 14.
- 6) Erläuterungen zur Berufsordnung der Apothekerkammer Bremen vom 5. März 1979, Sonderdruck, zu § 8, Nr. 12.

kenpflichtige Arzneimittel einerseits und für nicht-apothekenpflichtige Waren andererseits unterschieden werden.¹⁾ Dies wird damit begründet, daß der Apotheker bei der Wahrnehmung seiner öffentlichen Aufgabe ein besonderes Vertrauen in der Bevölkerung genieße, das vor allem im Hinblick auf die Beratung in Arzneimittelfragen darunter leiden könnte, daß eine den Methoden von Drogeriediscountmärkten vergleichbare Werbung im Ergänzungssortiment getrieben werde; denn der Apotheker sei auch in diesem Sortimentsteil als solcher tätig.²⁾ Ob dieser Ansicht zu folgen ist, kann in der vorliegenden Arbeit nicht ausführlich diskutiert werden. Daß Werbeaussagen des Apothekers als Gesundheitsfachmann jedenfalls ernster genommen werden als etwa Anpreisungen von Discountmärkten, dürfte kaum bestritten werden.³⁾ An die Apothekenwerbung sind daher strengere Maßstäbe der inhaltlichen Gestaltung anzulegen als z.B. an Drogeriewerbung. Nicht zuletzt besteht auch unter rein ökonomischen Gesichtspunkten die Notwendigkeit, daß sich der Apotheker in wesentlichen betrieblichen Teilbereichen zu Billiganbietern anderer Branchen abgrenzen muß. So können apothekenspezifische Ziele u.a. nur mit einer zurückhaltenden, den besonderen gesundheitspolitischen Aufgabenstellungen der Institution Apotheke angemessenen Werbung verfolgt werden.^{4) 5)}

1) Vgl. etwa Urteil des Landesberufungsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht München vom 19.6.1979 (AZ: LBG-Ap - 1/79), abgedruckt in: Pharm.Ztg., 124.Jg. (1979), S. 1537 f.; Pieck: Apothekenwerbung, S. 295.

2) Vgl. die unter 1) zitierten Quellen sowie Kramm, op.cit., S. 9; o.V.: Werbung erlaubt! Auszug aus einem Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr vom 8. September 1980, abgedruckt in: BAZ, 1.Jg. (1980), Nr. 12, S. 6 f. (Zitierweise: Werbung erlaubt); Lindemann, Heinz-Bruno: Wettbewerb und Berufsordnung. In: Pharm.Ztg., 125. Jg. (1980), S. 2215.

3) So etwa Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf v. 28.6.1979, op.cit., S. 1665; vgl. hierzu auch Herold, op.cit., S. 1410.

4) Vgl. auch Stahl, op.cit., S. 10.

5) Man könnte auch von der Notwendigkeit eines eigenen "Werbestils" für Apotheken sprechen (vgl. zu diesem Begriff: Pompl, Margarethe: Werbestil. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2235 ff.).

Einen vollständigen und letztoperationalen Katalog von Rezepten über die Beurteilung von Werbemaßnahmen kann es nicht geben.¹⁾ Wann eine Werbung als "marktschreierisch", "nicht leistungsgerecht" oder "standeswidrig" anzusehen ist, ist letztendlich "nicht allgemein, sondern jeweils nur an Hand der Umstände des Einzelfalles /zu/ beantworten."²⁾ Die vorliegende Arbeit kann daher keine praktischen Werbekonzepte erarbeiten, sondern nur Kriterien aufzeigen, an denen sich der Apotheker bei der Gestaltung seiner Werbung orientieren kann.

3. Ziele der Apothekenwerbung

Werbeziele sind aus den Oberzielen der Unternehmung abzuleiten und derart zu konkretisieren, daß sie als Maßstäbe für Entscheidungen über das Werbebudget, die Werbeaussagen, die Auswahl von Werbeobjekten, -subjekten, -mitteln und -trägern sowie über die zeitliche Streuung der Werbeaktionen und über eine eventuelle Kooperation mit anderen Betrieben dienen können.³⁾ Über die Formulierung von Werbezielen existieren in der Literatur höchst kontroverse Auffassungen.⁴⁾ Leitherer wählt eine bedarfsbezogene Einteilung der Werbeziele und unterscheidet Ziele einer qualitativen und zeitlichen Bedarfsformung sowie Ziele einer quantitativen Bedarfsformung (vor allem Steigerung der Absatzmengen).⁵⁾ Es wird sich zeigen, daß diese Gliederung angesichts der gesundheitspolitischen Zielsetzungen von Apotheken besonders zweckmäßig ist. Dabei werden Werbemaßnahmen, die auf eine qualitative Bedarfsformung abzielen, nicht vorwiegend zur Unterstützung quantitativer Bestrebungen eingesetzt,⁶⁾ sondern mit eigenständigen Aufgaben ausgestattet.

1) Vgl. hierzu Pieck: Apothekenwerbung, S. 295.

2) Ibid., S. 294 f.; vgl. auch Stahl, op.cit., S. 10.

3) Vgl. zur Konkretisierung von Werbezielen etwa Kästig: Werbung, Sp. 2246; Kotler: Marketing-Management, S. 657. Tietz: Grundlagen, Bd. 2, S. 1082 ff.; Hill: Marketing 2, insbes. S. 154 f.; Klein-Blenkers, Fritz: Werbung und Werbelehre. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 3, Stuttgart 1976 (Zitierweise: Werbelehre), Sp. 4393.

4) Vgl. hierzu etwa Leitherer: Werbelehre, S. 22 f.

5) Vgl. Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 115 ff.; vgl. in nicht unähnlicher Weise auch Klein-Blenkers: Werbelehre, Sp. 4393.

6) Diesen Zweck gibt ihnen Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 116.

Eine Werbung mit qualitativen Zielen "erstreckt sich insbesondere auf die Beeinflussung von Verbrauchs- und Gebrauchsweisen sowie der Einkaufsmodalitäten der Konsumenten."¹⁾ Für Apotheken ergeben sich hierbei spezifische gesundheitspolitische Zielsetzungen, wie z.B. die Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren eines übersteigerten Arzneimittelkonsums, aber auch den Abbau unbegründeter Ängste vor einer Medikamenteneinnahme, wobei besonderer Wert auf die Patienten-Compliance gelegt werden muß. Weiterhin steht das gesundheitsbewußte Verhalten von Konsumenten im Mittelpunkt apothekenspezifischer Werbeziele.²⁾ Dabei muß eine enge Abstimmung mit der derzeit zu beobachtenden "Gesundheitswelle" in der Bevölkerung erfolgen, indem einerseits versucht wird, diese Verhaltensströmung mitzusteuern, andererseits darauf hingewirkt wird, die im Rahmen dieser Welle geweckten Bedürfnisse in einer den Zielsetzungen der Apotheke adäquaten Weise mit Waren und Dienstleistungen zu besetzen. Damit stehen Werbeziele direkt im Dienst von gesundheitspolitischen Beeinflussungszielen.

Nicht zuletzt kommt der qualitativ bedarfsformenden Werbung die Aufgabe zu, die Akzeptanz der Apotheke als sozial anerkannte Einkaufsstätte für Produkte der Gesundheitspflege zu erhöhen und dieser damit das Image eines "Hauses der Gesundheit" zu vermitteln.^{3) 4)} Konkrete Maßstäbe einer Erfüllung dieser Aufgabe könnten etwa Kundenzahl und -frequenz sowie Umsatzerlöse im Ergänzungssortiment sein, die damit eine Feststellung des Werbeerfolgs erlauben.

1) Leitherer: Werbelehre, S. 14.

2) Die Bedeutung dieser Zielsetzungen wird nicht dadurch geringer, daß sich ihre Erreichbarkeit nur sehr schwer messen läßt.

3) Weinberg nennt hier allgemein in ähnlicher Weise das Ziel einer Erschließung neuer Käuferschichten (vgl. Weinberg, Georg-Michael: Werbung im Handel. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970 (Zitierweise: Werbung), S. 912). Strenggenommen handelt es sich bei Apotheken allerdings um "alte" Konsumentengruppen, die auf neue Angebote gelenkt werden sollen.

4) Zur Bedeutung von Imagezielen in der Werbung vgl. allgemein auch Magyar, op.cit., S. 253 f.

Werbeziele, welche die zeitliche Inanspruchnahme von Leistungen durch Konsumenten betreffen, können gleichzeitig Ziele der Kostensenkung sein.¹⁾ "Neben der Anpassung der Nachfrage an Beschaffungsrhythmen des Einzelhandels sollen z.B. Umsatzenschwankungen ausgeglichen werden, um eine gleichmäßigere Kapazitätsauslastung zu erreichen."²⁾ In Apotheken stehen die genannten Ziele jedoch weithin im Dienst gesundheitspolitischer Aufgaben. So verschmelzen Ziele der qualitativen und der zeitlichen Bedarfsformung, wenn es etwa darum geht, präventive Maßnahmen zu bestimmten Zeiten zu fördern, wie z.B. die Einnahme von Vitaminen in Erkältungsperioden oder die Durchführung von Impfungen bei drohenden Grippeepidemien.

Werbung mit dem Ziel einer quantitativen Bedarfsformung richtet sich vor allem auf eine Umsatzexpansion oder zumindest -erhaltung im Vergleich zur Vorperiode.^{3) 4)} Diese Bestrebungen "sind als werbliche Bereichsziele nach Zielhöhe, Periode, Umsatzträgern und Konsumentenzielgruppen näher zu spezifizieren."⁵⁾ Daß ein Mehrverbrauch an Arzneimitteln apothekenspezifischen Oberzielen widerspricht, muß nicht mehr erörtert werden. Demgegenüber sind Ziele einer Umsatzsteigerung für Waren des Gesundheitspflegebedarfs sowohl Darbietungs- als auch Erwerbszielen dienlich. Quantitative Werbeziele können für Apotheken auch in Form von Marktanteilszielen, insbesondere im Wettbewerb zu Betrieben anderer Branchen, formuliert werden. Nicht zuletzt kann eine Erweiterung des Absatzgebietes angestrebt werden, indem besondere Leistungen (z.B. Preiswürdigkeit im Ergänzungssortiment) in den Vordergrund gestellt werden, die Konsumenten die Inkaufnahme höherer Kosten der Raumüberwindung lohnend erscheinen lassen.⁶⁾

1) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 433 f.; Bidlingmaier: Marketing, S. 385.

2) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 434.

3) Vgl. z.B. Bidlingmaier: Marketing, S. 384 f.

4) Es ist allerdings darauf zu achten, daß Umsatzerlöse Werbekosten überkompensieren, um nicht Erwerbsziele minderzuerfüllen.

5) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 432 f.

6) Vgl. Weinberg: Werbung, S. 912.

4. Operative Handlungsprinzipien der Apothekenwerbung

a. Prinzipien der Werbebudgetierung

Die Ermittlung der Höhe eines optimalen Werbebudgets kann sich auf heuristische Kennzifferverfahren und auf mathematische Optimierungsmodelle stützen.¹⁾ Ist die Anwendung letzterer für Einzelhandelsbetriebe wegen der i.d.R. fehlenden Informationen ohnehin kaum möglich,²⁾ sind sie für Apotheken angesichts der hohen Bedeutung qualitativer Werbeziele völlig ungeeignet. "Die heuristischen Methoden zur Festlegung des Werbebudgets für eine Periode gehen von Erfahrungsregeln aus".³⁾ Sie orientieren sich entweder an den verfügbaren finanziellen Mitteln, an bestimmten Bezugsgrößen der Vergangenheit (wie etwa an Umsätzen), an den Werbeaufwendungen der Konkurrenz oder an gewünschten zukünftigen Prozentsätzen von Umsatz oder Gewinn.⁴⁾ Insgesamt haften diesen Faustregeln allerdings erhebliche Probleme an.⁵⁾ Vor allem eine alleinige Bindung an Vergangenheitswerte dürfte für Apotheken angesichts der (bisher) starken Verkümmierung der Werbung keine befriedigenden Ergebnisse erbringen.

Sachlich richtig ist daher allein eine Aufstellung des Werbeetats auf der Grundlage der Werbeziele,⁶⁾ die jedoch an einer mangelnden Operationalität der Ziele scheitern kann. Eine praktikable Kompromißlösung könnte darin bestehen, "die Budgethöhe an eine Bezugsgröße der Vergangenheit zu binden und durch Werte aus der werblichen Zielorientierung zu korrigieren."⁷⁾ Dabei ist vor allem die jeweilige Konkurrenzsituation zu berücksichtigen.

1) Vgl. Leitherer: Werbelehre, S. 27; Tietz: Marketing, S. 282 f.

2) Vgl. Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 440.

3) Tietz: Marketing, S. 282.

4) Vgl. Kotler: Marketing-Management, S. 661 ff.; Bidlingmaier: Marketing 2, S. 423 f.

5) Vgl. hierzu Korndörfer, Wolfgang: Werbebudget, optimales. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2216 f.; siehe auch Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 437 ff.

6) Vgl. etwa Korndörfer, op.cit., Sp. 2217 f.

7) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 439.

So kann beispielsweise eine erwartete oder erfolgte Konkurrenzneugründung einer Apotheke oder Drogerie die Notwendigkeit deutlich machen, bisher getätigte Werbeaufwendungen für die kommende(n) Periode(n) zu steigern.

b. Auswahl der Werbeobjekte und Gestaltung der Werbeaussage (-argumentation)

Ein Werbeobjekt kann für Apotheken (1) die Institution selbst, gegebenenfalls unter Betonung spezifischer Leistungen sein; es können (2) einzelne Produkte und/oder Produktgruppen als Werbeobjekte dienen. Den spezifischen werbepolitischen Zielsetzungen der Institution Apotheke entspricht es aber auch, (3) bestimmte gesundheitsfördernde Verhaltensmuster (des täglichen Lebens) für Konsumenten und (4) rein kognitive Informationen zur Wissenvermittlung als Werbeobjekte anzusehen, was in der Werbeliteratur im allgemeinen nicht vorkommt.

Die Entwicklung einer Werbebotschaft steht in engstem Zusammenhang zur Auswahl der Werbeobjekte. Eine getrennte Untersuchung von Entscheidungen über die Auswahl von Werbeobjekten und über die Werbeargumentation ist in einer anwendungsorientierten Arbeit daher nicht zweckmäßig. So muß beispielsweise die Werbung für eine bestimmte (gesundheitsfördernde) Verhaltensweise des Menschen zwangsläufig einen hohen Anteil an motivierenden Elementen in der Argumentation enthalten, wenn sie wirkungsvoll sein soll.¹⁾ Demgegenüber wird die Werbung für eine bestimmte Produktgruppe vor allem um einen hohen Aufmerksamkeits- und Gedächtniswert bemüht sein müssen, indem der Beitrag der betreffenden Waren für gesundheitliche Problemlösungen betont wird, so daß Konsumenten sich im Falle eines akuten Bedarfs an Gesundheitsgütern daran erinnern.²⁾

Da sich die neueren Urteile der Rechtsprechung gegen werbungtreibende Apotheker fast ausschließlich auf den Inhalt der Wer-

1) Zur Motivation in der Werbung vgl. Trommsdorff, op.cit., Sp. 2273 f.

2) Die Bedeutung einer hohen Gedächtnis- bzw. Erinnerungswirkung der Apothekenwerbung betonen auch Franzen/Nettesheim, op.cit., S. 205.

bung, d.h. Werbeobjekt und -aussage bezogen und diese meistens als marktschreierisch bzw. übertrieben abqualifiziert haben, kommt der ziel- und auflagenadäquaten Gestaltung von Werbeobjekt und -argumentation in der derzeitigen rechtlichen Situation außerordentlich große Bedeutung zu.

(1) Die Institution als Werbeobjekt (Prinzip der Firmenwerbung) hat für den Einzelhandel im allgemeinen einen besonderen Stellenwert, "weil einerseits ein direkter institutioneller Kontakt zwischen Einzelhändler bzw. seinem Laden und dem Konsumenten besteht,"¹⁾ und andererseits umfangreiche Sortimente die Auswahl einzelner Produkte zur speziellen Bewerbung komplizieren. So betreibt der Einzelhandel vorwiegend "Firmenwerbung",²⁾ wobei die Firma gleichsam als "Marke" eines absatzpolitischen Programms dient.³⁾ Dabei stehen im Mittelpunkt der Werbeargumentation die beiden Handlungsprinzipien, Aversionstendenzen gegen die Institution Apotheke abzubauen und bestehende Präferenzen aufzubauen bzw. zu verstärken.

Für einzelne Apotheken ist reine Firmenwerbung jedoch aus standesrechtlicher Sicht problematisch⁴⁾ und aus gesundheitspolitischen Gründen gefährlich. Es könnten nämlich bei Verbrauchern durch die Betonung von besonderen Leistungen einzelner Apotheken falsche Eindrücke über die staatlich einheitlich geregelten Preise im apothekenpflichtigen Sortiment, über Mindeststandards bei der Sortimentsgestaltung und der Betriebsbereitschaft sowie über die nur von approbierten Apothekern durchzuführende fachliche Beratung entstehen, welche das Bewußtsein um die öffentliche Aufgabe der Apotheken möglicherweise zurückdrängen.⁵⁾ Dagegen ist eine Firmenwerbung für die Institution Apotheke, die vor allem

1) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 441.

2) Vgl. Weinberg: Werbung, S. 913 f.; Sundhoff, Edmund: Einzelhandelswerbung. In: HWB, 3. Aufl., hrsg. Hans Seischab und Karl Schwantag, Bd. I, Stuttgart 1956, Sp. 1587; speziell für Apotheken: Geßner, op.cit., S. 849.

3) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 441; Weinberg: Einzelhandel, S. 97 f.

4) Damit kann eine bevorzugte Stellung einzelner Apotheken vorgetäuscht werden.

5) Vgl. etwa Urteil des OLG Düsseldorf v. 28.6.1979, S. 1665; Wallraven, op.cit., S. 1666. So ist z.B. die Führung der Bezeichnung "TOP-Apotheke" gerichtlich untersagt worden.

gegen die Konkurrenz von Betrieben anderer Branchen im Gesundheitspflegesortiment zielt, zu befürworten. Diese zu konzipieren und zu verwirklichen, ist allerdings Aufgabe der zuständigen Verbände. Im Mittelpunkt einer solchen Werbung muß das Beratungsangebot der (öffentlichen) Apotheken als gesundheitliche Dienstleistung am Kunden stehen.¹⁾

Werden besondere Leistungen einzelner Apotheken in den Vordergrund einer Werbekampagne gestellt (Prinzip der Leistungswerbung), so muß darauf geachtet werden, daß die Werbung "leistungsgerecht" wirkt und Vorzüge, die objektiv nicht bestehen (z.B. in der Preispolitik), sachlich ausschließt. Eine Werbung mit dem Hinweis auf verschiedene eigenständige Dienstleistungen (wie z.B. eine Kosmetikberatung durch fachlich geschulte Kosmetikerinnen oder die Durchführung von Screening-Tests), die in anderen Apotheken nicht durchweg auch angeboten werden, vermag persönliche Präferenzen bei Verbrauchern in legitimer und sachgerechter Weise zu wecken. Täuschungsgefahr besteht dagegen bei der Werbung einer einzelnen Apotheke "mit der fachlichen Qualifikation und Leistung und der daraus folgenden Vertrauenswürdigkeit des Apothekers"²⁾; denn der Sachverhalt der qualifizierten Ausbildung trifft auf alle Apotheker in der Bundesrepublik Deutschland zu. Dies heißt auch, daß pauschale Hinweise auf eine besondere fachliche Beratung (wie etwa: "Ihr Apotheker berät Sie") nicht zulässig sind.³⁾ Solche Angaben sind auch bei objektiver Richtigkeit irreführend; denn sie weisen auf Selbstverständlichkeiten hin, "welche bei allen Wettbewerbern vorliegen müssen."⁴⁾

Als leistungsgerecht ist eine Werbung anzusehen, die in sachlich zutreffender Weise auf das Leistungsangebot im Bereich des Ge-

1) Vgl. allgemein für Unternehmen mit öffentlichem Auftrag: Eiteneyer, Helmut: Social-Marketing - Unternehmensphilosophie öffentlicher Unternehmen. In: ZfbF, 29.Jg. (1977), S. 306.

2) O.V.: Werbung erlaubt, S. 8.

3) Vgl. ibid., S. 8.

4) Pieck: Apothekenwerbung, S. 294.

sundheitspflegesortiments hinweist und dabei Preisangaben macht.¹⁾ Derartige Werbekampagnen vermögen negative Eigenschaften des Apothekenimages, wie z.B. krank, unpersönlich, teuer, abzubauen und unterstreichen die prophylaktische Funktion der Apotheke. Dabei ist allerdings darauf zu achten, daß nicht pauschal mit Niedrigpreisen geworben wird, wie etwa mit dem Slogan "günstigste Angebote", "wenn dadurch z.B. der Eindruck erweckt wird, auch das preisgebundene Arzneimittelsortiment sei ähnlich günstig kalkuliert."²⁾ Es empfiehlt sich daher der zusätzliche Hinweis, daß die Preise für apothekenpflichtige Medikamente staatlich gebunden und daher in jeder Apotheke gleich sind.³⁾ Insgesamt ist darauf zu achten, daß rein sachlich-informative Argumente im Vordergrund stehen und nicht suggestiv-emotionale Werbeinhalte überwiegen.⁴⁾

(2) Mit einer Werbung für das Ergänzungssortiment ist bereits die Grenze zwischen Firmenwerbung und Produkt- bzw. Produktgruppenwerbung überschritten, wenngleich im Einzelhandel hier fließende Übergänge bestehen, da immer "der Angebotsort der Produkte ersichtlich gemacht werden muß."⁵⁾ Damit ist Produktgruppenwerbung durchweg Werbung für die jeweilige Apotheke als Institution.

Bei der Auswahl einzelner Produkte und Produktgruppen des Ergänzungssortiments zur Bewerbung muß der Apotheker das Prinzip einer bestmöglichen Übereinstimmung von Bedarfen der Werbezielgruppe und Eigenschaften von Werbeobjekten verwirklichen. Richtet sich die Werbung an sämtliche Konsumenten eines bestimmten Bedarfsgebietes, so sind daher überwiegend problemlose Waren des

1) Vgl. Kramm, op.cit., S. 9; o.V.: Werbung erlaubt, S. 7.

2) Kramm, op.cit., S. 9.

3) Vgl. o.V.: Werbung erlaubt, S. 8.

4) Ob Werbeslogans wie etwa "Purzelbaum der Preise" oder "Stop-Sparpreis" den besonderen Eigenschaften der Gesundheitsinstitution Apotheke gerecht werden können, muß bezweifelt werden, wenngleich der letztere Werbespruch in der Rechtsprechung sanktioniert worden ist (vgl. o.V.: Werbung erlaubt, S. 18).

5) Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 442; vgl. hierzu auch Weinberg: Werbung, S. 913 f. Zur engen Verbindung zwischen Ware und Betrieb als Werbeobjekte vgl. ausführlich Jaspert, Friedhelm: Zur Frage der Verkettung von Ware und Betrieb in der Absatzwerbung. In: Distributionswirtschaft, op.cit., S. 283 ff.

täglichen Massenbedarfs als Werbeobjekte heranzuziehen.¹⁾ Dies hat zudem den Vorteil, daß bei wettbewerbskonformen Preisen, insbesondere für sogenannte "Blickpunktartikel", dem Konsumenten die Preiswürdigkeit der Apotheke vor Augen geführt werden kann.

Andere als Waren des Ergänzungssortiments können in eine produktbezogene Werbung nur mit größter Vorsicht aufgenommen werden. Rezeptpflichtige Präparate scheiden als Werbeobjekte von vornherein aus. Rezeptfreie Arzneimittel unterliegen Bedarfslenkungszielen, die allerdings auf einzelnen Teilmärkten auch eine Bedarfskreation als Werbeziel in der Bevölkerung fordern können.²⁾ Das äußerst restriktive Gebot, Arzneimittelmißbrauch und -meherverbrauch zu unterbinden, stellt allerdings an eine Werbung für Arzneimittel als Objekte besonders strenge Anforderungen hinsichtlich eines sachlichen, informativen Inhalts.³⁾ Dies gilt gleichermaßen für Hausspezialitäten und für freiverkäufliche Arzneimittel.

(3) Als Werbeobjekte können Apotheken auch bestimmte menschliche Verhaltensmuster des täglichen Lebens auswählen, für die Präferenzen in der Bevölkerung erzielt werden sollen (Prinzip der Verhaltenssteuerungswerbung).⁴⁾ So wäre etwa eine Werbung für eine gesunde Ernährung, für eine Vorbeugung gegen Erkältungskrankheiten, für eine regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks, für eine gesundheitsbewußte Verwendung von Medikamenten (ohne direkten Bezug zu speziellen Präparaten), gegen Alkohol- und Zigarettenkonsum, geeignet, Bedarfe von Konsumenten in qualitativer Hinsicht zu formen. Daß einer derartigen Werbung im Bereich des Gesundheitswesens eine hervorragende Bedeutung zukommt, muß nicht begründet werden.

1) Vgl. auch, welche Merkmale Knoblich Waren zuspricht, die als besonders geeignete Werbeobjekte erscheinen (vgl. Knoblich: Warentypologie, S. 176).

2) Vgl. hierzu S. 119 f. dieser Arbeit.

3) Über die Notwendigkeit informativer Prägung der pharmazeutischen Werbung vgl. etwa Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Hrsg.): pharma jahresbericht 77/78, Frankfurt/Main, S. 17; vgl. hierzu allgemein für Unternehmen mit öffentlichem Auftrag Eiteneyer, op.cit., S. 306.

4) Vgl. hierzu auch Gaedeke, Ralph M.: Marketing in gemeinnützigen Organisationen. In: Falk, Bernd (Hrsg.): Dienstleistungsmarketing, Landsberg am Lech 1980, S. 182.

Wird eine Werbung für bestimmte Verhaltensweisen mit einer Produktempfehlung kombiniert und auf die Erhältlichkeit dieser Produkte in einer Apotheke hingewiesen, so bedient sich eine derartige Werbekampagne drei der hier als möglich genannten Werbeobjekttypen. So könnte etwa auf die gesundheitliche Bedeutung der Hygiene hingewiesen werden, wobei dieser Bedarfskomplex mit Produkten aus dem apothekenspezifischen Ergänzungssortiment besetzt wird, die zu besonders günstigen Preisen in einer Apotheke angeboten werden. Dabei besteht allerdings die Gefahr, daß die Redundanz der Werbeaussage sehr hoch wird und der Konsument die Vielzahl der Informationen nicht mehr aufnehmen und verarbeiten kann.¹⁾ Kotler empfiehlt daher das Prinzip einer konzentrierten Gestaltung der Werbebotschaft.²⁾

(4) Im Bereich der Apothekenwerbung findet sich häufig auch das Prinzip einer rein kognitiv "bildungsmäßigen" Informationswerbung, die lediglich der Vermittlung von fachbezogenem Wissen an das Publikum dient. Werbekampagnen, insbesondere mit dem Schaufenster als Werbeträger, könnten etwa über die Giftigkeit bestimmter Pilzarten, über die Herstellung von Arzneistoffen aus Pflanzen, über die Existenz verschiedener Darreichungsformen von Medikamenten und ihres jeweiligen Zwecks u.v.a.m. informieren. Ziel einer solchen Werbung ist letztlich die Gewinnung von Vertrauen in die Leistungen des Apothekers und die Profilierung des Apothekenimages beim Publikum. Damit ist bei derartigen Werbeobjekten bereits die Grenze zum Public-Relations überschritten, was für die pragmatische Zielsetzung dieser Arbeit allerdings wenig problematisch ist, zumal selbst in der Theorie eine unscharfe Abgrenzung zwischen Public-Relations und Werbung i.e.S. besteht.³⁾

1) Zur Interdependenz zwischen Redundanz und Informationsgehalt in pharmazeutischen Werbebotschaften vgl. ausführlich Friesewinkel/Abt, op.cit., S. 134 ff.

2) Vgl. Kotler: Marketing-Management, S. 669.

3) Folgt man nämlich beispielsweise der Differenzierung von Tietz, der Wirtschaftswerbung auf die Imagegestaltung von Produkten, Public Relations dagegen auf die Beeinflussung von Firmenimages bezieht (vgl. Tietz: Marketing, S. 288), so würde Institutionenwerbung des Einzelhandels immer Public Relations sein. Wegen des fließenden Überganges von Produktgruppen- und Firmenwerbung im Einzelhandel scheint die genannte Unterscheidung speziell für diesen Wirtschaftszweig wenig sinnvoll zu sein. Zu möglichen Abgrenzungen

c. Auswahl der Werbesubjekte

Werbesubjekte sind diejenigen Einzelpersonen oder Personengruppen, die umworben werden sollen.¹⁾ Um einen zieloptimalen Einsatz des Werbebudgets zu erreichen und seine Aufsplitterung zu verhindern, ist dabei eine möglichst homogene Abgrenzung der auszuwählenden Werbezielgruppen notwendig. Man kann Einzelumwerbung, die das einzelne Individuum z.B. durch Werbebriefe oder Kundenbesuche individuell ansprechen will, von Mengenumwerbung, deren Maßnahmen einer Mehrzahl von Personen gleichermaßen gelten, unterscheiden.²⁾ Dabei kann Mengenumwerbung als Auswahlumwerbung betrieben werden, wenn sie sich an bestimmte Konsumentenzielgruppen richtet, und als Zufallsumwerbung, wenn sie sich an alle Personen wendet, die zufällig mit ihr in Berührung kommen.³⁾

Für Apotheken ist als grundsätzliches Auswahlkriterium der Werbesubjekte das jeweilige Marktfeld heranzuziehen (Prinzip der regionalen Selektion).⁴⁾ Dabei kann einerseits Zufallsumwerbung betrieben werden, die sich an sämtliche im betreffenden Bedarfsgebiet ansässigen oder dort aufhaltenden Konsumenten und damit an die Allgemeinheit richtet.⁵⁾ In der Mehrzahl aller Fälle muß dieser Typ der Werbung realisiert werden (z.B. bei reiner "Bildungswerbung", Werbung für gesundheitsbewußtes Verhalten, Werbung für problemlose Massenwaren des Ergänzungssortiments).

In bestimmten Fällen kann auch eine Auswahlumwerbung zieladäquat sein (Prinzip der bedarfsgruppenorientierten Selektion), wobei

vgl. jedoch Müller, Hanno: Public Relations. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 970; Hundhausen, Carl: Über die Grenzen zwischen Wirtschaftswerbung und Public Relations. In: ZfB, 21. Jg. (1951), S. 333 ff.

- 1) Vgl. Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 445; vgl. auch Behrens: Absatzwerbung, S. 61 f.
- 2) Vgl. Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 562 f.; Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 335.
- 3) Vgl. Seyffert: Wirtschaftslehre, S. 563.
- 4) Vgl. hierzu allgemein Weinberg: Einzelhandel, S. 121 ff.
- 5) Vgl. hierzu Weinberg: Werbung, S. 915.

relevante Auswahlkriterien überwiegend aus demographischen und morbiditätsstrukturellen Konsumentenmerkmalen zu gewinnen sind. So könnten sich spezielle Werbekampagnen etwa an junge Mütter, an Kinder, an Raucher, an Diabetiker oder Übergewichtige oder ganz allgemein an Personengruppen richten, bei denen bestimmte Krankheitssymptome gehäuft auftreten (z.B. Akne bei Jugendlichen). Durch eine solchermaßen gezielte Werbung können z.B. einzelne Warengruppen gefördert werden, was dem Apotheker Konditionenvorteile im Einkauf beim Hersteller verschafft. Allerdings sind marktfeldspezifische Daten einer Segmentierung von Werbezielgruppen schwer zu gewinnen. Daher wird sich auch eine Werbung der oben beispielhaft beschriebenen Art i.d.R. an die Allgemeinheit wenden (müssen), was zu erheblichen Streuverlusten führen kann.

Unterschiedlich ausgeprägte Werbemaßnahmen ergeben sich auch je nachdem, ob überwiegend Stammkunden oder Laufkunden Werbesubjekte sein sollen (Prinzip der medienbezogenen Selektion).¹⁾ Kriterium für eine Subjektauswahl muß vor allem die jeweilige Geschäftslage sein.²⁾ Stammkunden können etwa mit Werbebriefen oder Prospekten, Laufkunden vor allem mit Schaufenster- und Außenwerbung erreicht werden.

Das Prinzip einer klientalen Selektion von Werbesubjekten wird nur in Ausnahmefällen zu verwirklichen sein; denn Einzelumwerbung ist in der Apotheke nur in geringem Umfang möglich. Spezielle Werbesubjekte könnten allerdings Kunden sein, die besonders hohe Umsätze tätigen (chronisch Langzeitkranke) oder bestimmten Berufsgruppen angehören, z.B. Ärzte, die ihren Praxisbedarf in der werbetreibenden Apotheke decken sollen.

d. Prinzipien der Werbemittel- und -trägerselektion

Zwischen Werbemitteln und -trägern besteht eine derart enge Verbindung, daß es sich empfiehlt, beide gemeinsam zu behandeln,

1) Vgl. etwa Weinberg: Werbung, S. 915.

2) Vgl. hierzu die Ausführungen im Abschnitt der Standortpolitik auf S. 158 ff. dieser Arbeit.

indem "den Werbemitteln die jeweils relevanten Werbeträger zugeordnet werden."¹⁾ Angesichts der Besonderheiten von Einzelhandelsbetrieben allgemein und von Apotheken im speziellen lassen sich die wesentlichen möglichen Werbemittel den drei Werbarten Media-Werbung, Werbung am Verkaufsort und Wert-Werbung zuordnen:

Media-Werbung	Werbung am Verkaufsort	Wert-Werbung
- Anzeigen in Tageszeitungen und Anzeigenblättern - Handzettel, Flugblätter, Prospekte - Werbefriefe	- Hinweisschilder/Displays - Kundenzeitschriften - Schaufensterwerbung - Außenwerbung am Apothekengebäude	- Werbegeschenke - Warenproben - Tragetaschen

Abb. 9: Übersicht über wesentliche Werbemittel und -träger für Apotheken

Kriterien für die Auswahl von Werbemitteln und -trägern sind (1) ihre räumliche Reichweite, (2) ihre quantitative und qualitative Reichweite, (3) ihre zeitliche Verfügbarkeit und (4) ihre Kosten.²⁾ Operative Handlungsprinzipien des Einsatzes von Werbemitteln und -trägern bestehen daher in einer Orientierung an diesen Selektionskriterien. Legt man der Apothekenwerbung diese Maßstäbe zugrunde, so wird deutlich, daß ein Einsatz der Werbeträger Fernsehen, Rundfunk, überregionale Tageszeitungen und Zeitschriften nicht in Frage kommt, da die Streuverluste und die Kosten beim Einsatz dieser Medien zu hoch sind. Ähnliches gilt für Filmtheater und Litfaßsäulen, bei denen noch die geringe zeitliche Elastizität hinzukommt.³⁾

- Media-Werbung

Für die Mengenumwerbung der Allgemeinheit erscheinen Anzeigen in Tageszeitungen und Anzeigenblättern dann bedingt geeignet, wenn das betriebliche Marktfeld mit dem Verbreitungsgebiet der betreffenden Zeitung eine hohe Übereinstimmung aufweist. Dies dürfte

1) Weinberg: Werbung, S. 915; vgl. auch Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 361.

2) Vgl. Behrens: Absatzwerbung, S. 96.

3) Public Relations-Maßnahmen von Standesorganisationen könnten sich jedoch dieser Medien bedienen, wenn für die Institution Apotheke in der gesamten Bundesrepublik Imagepflege getrieben werden soll.

in Klein- und Mittelstädten mit einer regionalen Presse am ehesten zutreffen.¹⁾ Anzeigen in Tageszeitungen sind hinsichtlich ihrer zeitlichen Wirkung allerdings weitgehend auf einen Tag begrenzt. Ihre Kosten differieren in erster Linie in Abhängigkeit von der Auflagenhöhe zum Teil sehr stark. Der Werbeerfolg von Anzeigen hängt u.a. vom Anzeigenformat, von Art und Anzahl der Werbeobjekte, von der Lesbarkeit des Angebots sowie dem Umfeld der Anzeige ab.²⁾ Was die Standeswidrigkeit der Anzeigenwerbung betrifft, kann auf ein neueres Gerichtsurteil verwiesen werden, wonach Zeitungswerbung nicht grundsätzlich als verboten anzusehen ist.³⁾ Ihre Standeswidrigkeit kann sich allerdings aus der Häufigkeit der Anzeigen ergeben.⁴⁾ Über die zulässige Größe von Annoncen sind dagegen bisher keine Aussagen gemacht worden.

Vom ökonomischen Standpunkt aus gesehen, stellt die Direktwerbung in Form von Handzetteln, Prospekten bzw. Flugblättern i.d.R. die effizienteste Form der Media-Werbung von Apotheken dar. Dies gilt insbesondere für Apotheken, die ihren Standort nach dem Prinzip der Wohnsitzorientierung gewählt haben. Eine derartige Werbung ermöglicht nämlich eine exakte räumliche Abstimmung zwischen der Reichweite der Werbeträger und den Wohnsitzen potentieller Kunden.⁵⁾ Zudem verursacht sie relativ geringe Kosten und ist in ihrer zeitlichen Elastizität außerordentlich anpassungsfähig. Da in der Ge-

1) Empirische Untersuchungen bestätigen die zunehmende Bedeutung der Tageszeitungen als Informationsquellen für Verbraucher. So gaben 66 % aller Hausfrauen an, daß sie oft den Anzeigenteil einer Zeitung nach besonders günstigen Angeboten durchschauen würden (vgl. ZAW: Werbung '80, S. 123). Es darf allerdings nicht verschwiegen werden, daß der Stellenwert von Anzeigenwerbung für Verbrauchermärkte wesentlich höher ist als für Fachgeschäfte (vgl. *ibid.*, S. 274).

2) Vgl. Tietz/Zentes, *op.cit.*, S. 373.

3) Vgl. Urteil des Bezirksberufsgerichts für Apotheker in Stuttgart vom 13.10.1980 (AZ: S 125/80), abgedruckt in: Pharm.Ztg., 126.Jg. (1981), S. 561.

4) Vgl. *ibid.*, S. 561.

5) Vgl. auch Weinberg: Einzelhandel, S. 163. Zum Aufmerksamkeitswert von Werbetrucksachen vgl. ZAW: Werbung '80, S. 236 f.: In einer Umfrage in Österreich gaben immerhin 82 % der befragten Konsumenten an, daß sie sich eingegangene Prospekte zumindest oberflächlich ansehen; 43 % bewahren sie sogar auf.

staltung von Werbedrucken wesentlich größere Freiheitsspielräume bestehen als etwa bei Zeitungsanzeigen, kann die von ihnen vermittelte Werbebotschaft auch besser auf die besonderen Anforderungen der Institution Apotheke abgestimmt werden. Nicht zuletzt ist noch einmal darauf hinzuweisen, daß die Verteilung von Werbeprospekten in einem neueren Gerichtsurteil ausdrücklich (positiv) sanktioniert worden ist.¹⁾

Eine Werbung mit Hilfe von Werbebriefen dient der Individualwerbung bestimmter Personen. Sie erlaubt eine ziel- und situationsadäquate persönliche Ansprache einzelner Werbesubjekte, wird sich i.d.R. jedoch auf die bei der Auswahl von Werbezzielgruppen erwähnten Fälle der klientalen Selektion beschränken.

- Werbung am Verkaufsort

Werbung am Verkaufsort ist in ihrer Reichweite grundsätzlich auf Kunden innerhalb des Ladengeschäfts, bei Schaufenster- und Außenwerbung auf Passanten beschränkt. Sie ist als Dauerwerbung allerdings i.d.R. zeitlich unbegrenzt wirksam. Ihre Kosten sind nur im Einzelfall zu ermitteln.

Auf stationäre Werbung innerhalb der Offizin (Display-Werbung) ist bereits im Aktionsbereich der Angebotsorganisation hingewiesen worden. Bei Display-Materialien handelt es sich vor allem um Verkaufshilfen,²⁾ Hinweise auf einzelne Warengruppen,³⁾ Regalstopper und Angebots- sowie Preisschilder.⁴⁾ Die Gestaltung dieser Werbemittel muß in jedem Fall in enger Abstimmung mit den Einrichtungsgegenständen erfolgen und hat vor allem dafür zu sorgen, daß die verkaufszieladäquate Ei-

1) Vgl. Urteil des Oberlandesgerichts München vom 23.10.1980, op.cit., S. 18.

2) Vgl. hierzu das praktische Beispiel bei Griesmeyer, Jürgen: SB-gerechte Placierung von Verkaufshilfen. In: absatzwirtschaft, H. 21/1970, S. 53 ff.

3) Vgl. zu symbolischen Warenpictogrammen o.V.: Präsentation, S. 10.

4) Vgl. auch z.B. Weissmann, A.: Die Präsentation von Kosmetik in der Apotheke. In: AJ, H. 1/1981, S. 61 sowie den ausführlichen Katalog bei Cristofolini/Thies, op.cit., S. 99.

genpräsentation der Waren unterstützt wird. Display-Werbung wird überwiegend im Bereich der Selbstbedienung eingesetzt,¹⁾ wobei eine größtmögliche Übereinstimmung mit der Media-Werbung anzustreben ist,²⁾ um werblichen Aussagen des Betriebes Identität zu geben. Hinsichtlich eines Einsatzes von Werbemitteln im Verkaufsraum bestehen keine standesrechtlichen Bedenken. Empirische Untersuchungen in den USA bestätigen jedenfalls, daß der Kunde durch den Einsatz der Display-Werbung den beworbenen Waren(gruppen) höhere Beachtung schenkt und nicht selten den Eindruck gewinnt, es handle sich bei ihnen um (preislich) besonders günstige Angebote.³⁾

In einschlägigen Publikationen wird den Kundenzeitschriften für Apotheken ein exponierter Stellenwert zugemessen.⁴⁾ Diese Werbeträger "ergänzen die persönliche Beratung und vertiefen den Kontakt zu den Kunden. Dadurch entsteht eine enge Bindung an die Apotheke."⁵⁾ Der Inhalt von Kundenzeitschriften wird sich allerdings weitgehend auf die Werbeobjekte der "Verhaltensempfehlungen" für Konsumenten und der reinen "Bildungsinformation" beschränken. Eine Beziehung zum werbenden Betrieb kann lediglich durch einen Firmeneindruck hergestellt werden. Wettbewerbliche Wirkungen können so weitgehend nur für die Institution Apotheke gegenüber Betrieben anderer Branchen erzielt werden. Kundenzeit-

1) Vgl. Paszkowiak, Edmund: Display-Werbung. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 581 f.

2) Vgl. *ibid.*, S. 582.

3) Vgl. o.V.: Verkaufseffekte durch Kundeninformationshilfen in der Offizin. In: *pharma depesche* Nr. 1/1976, S. 16 f. So führte eine einfache, handgeschriebene Hinweistafel zu einer stärkeren Umsatzsteigerung des beworbenen Produkts als eine Preissenkung um 20 % ohne besondere Hinweise im Verkaufsraum.

4) Vgl. etwa Twiehaus/Beckendorff, *op.cit.*, S. 91; Paus, Alfons: Werben wo verkauft wird - Kundenzeitschriften der Apotheken und Drogerien. In: *absatzwirtschaft*, H. 13/1971, S. 16 und S. 19. Auf die Bedeutung der Kundenzeitschriften gerade in Apotheken weisen auch Veröffentlichungen allgemeiner Art hin (vgl. z.B. ZAW: Werbung '80, S. 275). Ausführliche (demographische) Daten über die Reichweite von Kundenzeitschriften, ihre Beurteilung durch Apotheker und Leser und über das Interesse an ihrem Inhalt finden sich in o.V.: *Apotheken Facts '79*, hrsg. v. Verlag Wort & Bild, Rolf Becker, Baierbrunn b. München o.J. (1979), S. 28 ff.

5) Twiehaus/Beckendorff, *op.cit.*, S. 91.

schriften erlauben allerdings auch eine gezielte Ansprache verschiedener Marktsegmente. So existieren spezielle Presseerzeugnisse für Mütter, für Kinder und für Senioren, so daß eine hohe qualitative Reichweite erzielt werden kann.

Als wichtigstes Werbemittel bzw. als bedeutendster Werbeträger¹⁾ für den Fach- und Spezialhandel wird in der Literatur oftmals das Schaufenster angesehen.²⁾ Die für Apotheken existierenden branchenspezifischen "Leitsätze zur Werbung im Apothekenschaufenster"³⁾ bezeichnen es als "Visitenkarte des Berufsstandes."⁴⁾ Apothekenschaufenster "dienen der Vertrauenswerbung für Apotheker und Apotheke und befriedigen das Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Arzneimittelinformation auf der Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse."⁵⁾ Auf eine Enumeration konkreter Handlungsprinzipien der Gestaltung von Schaufenstern kann verzichtet werden, da einschlägige Spezialliteratur existiert.⁶⁾ An dieser Stelle ist jedoch hervorzuheben, daß die Werbewirksamkeit von Schaufenstern - abgesehen von der faktischen Gestaltung - mit der Stärke der Passantenströme wächst. Für Apotheken in überwiegend wohnsitzorientierten Geschäftslagen ist das Schaufenster als Werbemittel daher nur bedingt geeignet. Immerhin bietet es große Handlungsspielräume für die Wahl der Werbeobjekte und trägt betriebsindividuellen Charakter.

Außenwerbung am Geschäftsgebäude dient in erster Linie der Aufmerksamkeitsweckung von Passanten. Es kann sich hierbei um Plakatanschläge handeln, die eine zeitlich flexible Handhabung erlauben und etwa auf Saisonschwankungen abgestimmte Vorsorgemaß-

1) Zur Einordnung des Schaufensters als Werbemittel oder -träger vgl. Weinberg: Werbung, S. 916.

2) Vgl. Klein-Blenkers: Die Werbung des Facheinzelhandels, Schriften zur Handelsforschung, Nr. 43, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln-Opladen 1970, S. 17; Weinberg: Werbung, S. 916; ZAW: Werbung '80, S. 273.

3) Abgedruckt in: DAZ, 115.Jg. (1975), S. 665.

4) Leitsätze zur Werbung im Apothekenschaufenster, op.cit., S. 665.

5) Ibid., S. 665; vgl. hierzu auch Zander/Zander: Apothekenbetriebslehre, S. 88 ff.

6) Vgl. etwa allgemein Busold, Ernst-Adolf: Moderne Einzelhandelswerbung, München 1961, S. 98 ff; speziell für Apotheken: Schröder, Fritz Robert: Das Apothekenschaufenster, 2. Aufl., Stuttgart 1968.

nahmen empfehlen. Möglich sind auch Hinweise auf angebotene Warenarten im Geschäft.¹⁾ Als Werbemittel kommen weiterhin dauerhaft benutzbare Transparente mit dem Namen der Apotheke, Uhren, Wetterstationen u.a.m. in Betracht.²⁾ Nicht zuletzt ist auf das "Markenzeichen" der Institution Apotheke, das rote, gotische A hinzuweisen. Werbung außerhalb des Apothekengrundstücks, die zum Auffinden des Ladengeschäfts notwendig ist, wie z.B. Hinweise auf Orientierungstafeln mit Stadtplänen an Ausfallstraßen, ist als Hilfe für Fremde besonders in Geschäftslagen mit weitem Absatzgebiet wichtig.

Nicht zuletzt ist die Verkehrsmittelwerbung zu erwähnen.³⁾ So können etwa Hinweise auf Geschäftsfahrzeugen der werbenden Apotheke einen höheren Bekanntheitsgrad beim Publikum verschaffen. Strenggenommen kann diese Werbeart jedoch nicht mehr der stationären Werbung am Verkaufsort zugerechnet werden.

- Wertwerbung

Der Komplex der Wertwerbung umfaßt eine Vielzahl möglicher Einzelmaßnahmen.⁴⁾ Dabei handelt es sich überwiegend um Sachwerte, die dem Kunden materiell vorteilhaft überlassen werden.⁵⁾ Im Mittelpunkt stehen für Apotheken Werbegeschenke und Warenproben. In bezug auf erstere gilt es, die sehr restriktive Zugabeverordnung zu beachten, die lediglich geringwertige Reklamegegenstände als Zugaben erlaubt.⁶⁾ Hierfür bieten sich etwa Seifen, Streichholzbriefchen oder Kugelschreiber an, die mit einem Firmenaufdruck versehen werden können. Möglicherweise werden Zugaben auch nach einzelnen Kundengruppen differenziert, wie

1) Vgl. hierzu o.V: Präsentation, S. 10.

2) Zu verschiedenen Arten stationärer Dauerwerbung am Geschäftsgebäude vgl. Kopsch, Herbert: Außenwerbung. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 600 und S. 609 f.

3) Vgl. hierzu ausführlich Kopsch, op.cit., S. 596 ff.

4) Vgl. hierzu im einzelnen Pralle, Peter: Wertwerbung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2295.

5) Vgl. *ibid.*, S. 2294.

6) Vgl. § 1 Zugabeverordnung, i.d.F. der Bekanntmachung im BGBI.III, 43-4-1. Bei der Bestimmung des Wertes einer Zugabe ist dabei "nicht vom Herstellungswert oder den Beschaffungskosten, die der Verkäufer für die Leistung aufgewendet hat, /auszugehen/, sondern vom Verbrauchs- oder Verkehrswert, den die Zugabe für den Durchschnittskunden hat" (Urteil des Apothekengerichts des Saarlandes vom 17. November 1978 (AZ: ApoG 3/78), abgedruckt in: DAZ, 119.Jg. (1979), S. 1970).

z.B. bei Müttern oder Kindern. Wesentliches Handlungsprinzip der Gewährung von Zugaben stellt die Orientierung am Verhalten von Mitanbietern, insbesondere von konkurrierenden Apotheken dar, die Vorteile von Wettbewerbern verhindert.

Außerordentlich umstritten ist die Zugabe in Form von Arzneimittelpuben. Während sie einerseits in allen neueren Berufsordnungen verboten ist,¹⁾ erlaubt sie das Heilmittelwerbe-gesetz auf ausdrückliche Anforderung eines Kunden.²⁾ Die Gegner von Arzneimittelpuben argumentieren, daß diese einer Drosselung des Arzneimittelkonsums widersprächen, und daß die Annahme, Kunden würden gezielt Proben verlangen und sich nicht nur von dem Wunsch leiten lassen, irgend etwas umsonst zu erhalten, im Einzelfall unrealistisch sei.³⁾ Zudem könne die Apothekerschaft nicht die Abgabe von Ärztemustern verdammen, wenn gleichzeitig Proben in Apotheken abgegeben werden.⁴⁾ Befürworter einer Abgabe von Arzneimittelpuben verweisen auf die Höherrangigkeit des Heilmittelwerbe-gesetzes⁵⁾ gegenüber den Berufsordnungen und vertreten die Meinung, daß gerade durch die Abgabe von Proben einem Arzneimittelmehrverbrauch entgegengewirkt werden kann, weil die in kleinen Mengen abgepackte Probe bei geringfügigen körperlichen Unstimmigkeiten den Kauf einer (größeren) Normalpackung substituieren kann.⁶⁾ Gesteht man dem Apotheker aufgrund seiner Ausbildung und einer eigenverantwortlichen Berufsausübung zu, beurteilen zu können, ob im Einzelfall Arzneimittelmehrverbrauch und/oder -mißbrauch indiziert ist, so sollte man die Abwägung der angeführten Argumente jedem einzelnen Apotheker überlassen.

1) Vgl. hierzu etwa die in den Fußnoten 1) und 3) auf S.323 zitierten Berufsordnungen für Apotheker.

2) Vgl. § 11, Ziffer 14 HWG sowie den Kommentar hierzu bei Reinsch, op.cit., S. 34.

3) Für viele: Pieck: Apothekenwerbung, S. 295 f.

4) Vgl. Pieck: Apothekenwerbung, S. 296.

5) Vgl. etwa o.V.: Hier irrt die Kammer ... In: BAZ, 1.Jg. (1980), Juli/August, o.S.

6) Vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts Münster vom 1.10.1980, auszugsweise abgedruckt in: BAZ, 1.Jg. (1980), Nr. 12, S. 5.

Keinerlei gesundheitspolitische Bedenken bestehen demgegenüber bei der Abgabe von Warenproben für Güter des Gesundheitspflege-sortiments. Zudem könnte ihre Verweigerung zu einem Abwandern von Kunden in Betriebe anderer Branchen führen, die Proben ge-währen. Besonders geeignet für solche Zugaben scheint die Wa-renart der Kosmetika zu sein, bei denen ein wichtiger gesund-heitlicher Probierereffekt vorliegt, wenn ein Test auf Hautver-träglichkeit durchgeführt werden kann.

Eine eindeutige Zuordnung zu den hier unterschiedenen Arten von Werbemitteln und -trägern ist für Tragetaschen und Verpackungsmaterial allgemein kaum möglich. Diese Werbeträger vermögen zwar die Bekanntheit der jeweiligen Apotheke beim Publikum zu erhöhen, so-fern sie einen Firmenaufdruck besitzen; ihre räumliche, quanti-tative und qualitative Reichweite läßt sich jedoch allenfalls grob schätzen. Die Wirkung derartiger Werbeträger besteht auch mehr in einer Servicefunktion, die dem Kunden Beschaffungserleichterun-gen beim Einkauf bietet. Berücksichtigt man ihre Wiederverwendbar-keit und die Tatsache, daß sie in vielen Einzelhandelsbetrieben nur gegen Entgelt abgegeben werden, kann die Einordnung von Trageta-schen in den Komplex der Wertwerbung gerechtfertigt werden.

e. Prinzipien der zeitlichen Streuung von Werbeaktionen

Das Problem einer zeitlichen Streuung des Einsatzes von Werbe-mitteln betrifft insbesondere die Bestimmung des hinsichtlich der werbepolitischen Ziele optimalen Zeitpunktes, der Häufig-keit und der zeitlichen Abstände von Werbeaktionen.

"Die Prinzipien für den zeitlichen Werbeeinsatz orientieren sich vornehmlich an dem Bedarfsverlauf bei den Konsumentenzielgruppen oder an dem zeitlichen Werbeverhalten der Konkurrenten."¹⁾ Da-nach sind vor allem saisonale, monatliche und wöchentliche Nach-frage- und damit Umsatzschwankungen zu beobachten.²⁾ Werbung für

1) Hansen: Einzelhandelmarketing, S. 458.

2) Vgl. Weinberg: Einzelhandel, S. 206 ff; Bidlingmaier: Marketing, S. 419 ff.; vgl. auch Meyer/Hermanns, op.cit., S. 87 f. Zum Überwiegen einer saisonal betonten Werbung vgl. Klein-Blenkers: Die Werbung des Facheinzelhandels, S. 80 f.

Saisonartikel muß "auf die Anfangszeit der Bedarfsentstehung konzentriert sein."¹⁾ Dies empfiehlt sich für Apotheken in massierter Form für einzelne Warenarten des Ergänzungssortiments, für die vorwiegend saisonal abhängiger Bedarf existiert oder die der Vorbeugung von Krankheiten dienen, welche jahreszeitlich bedingte Häufigkeitsspitzen aufweisen. Da sich für solche Saisonartikel nur wenige Zeitpunkte der Bewerbung anbieten, ist auch die Häufigkeit des Einsatzes der Werbung auf ein- bis wenige Male zu begrenzen.

Für sonstige, laufende Werbemaßnahmen, wie z.B. die Verteilung von Werbeprospekten, die Dekoration von Schaufenstern etc. können keine allgemeingültigen Regeln aufgestellt werden. In bezug auf Werbewirkungen des zeitlichen Einsatzes wird auf Erkenntnisse der Lerntheorie verwiesen.²⁾ Danach führt eine "hohe Intensität des werblichen Einsatzes innerhalb kurzer Zeit .. zu einem hohen Wirkungsniveau und zu einer schnellen Wirkungsabnahme, ein weniger intensiver, jedoch kontinuierlicher Einsatz der Werbung führt zu einem langsamen, jedoch relativ stetigen Wirkungsanstieg."³⁾ Für Saisonangebote kann sich daher die erstgenannte Vorgehensweise empfehlen, für dauerhaftes Bemühen vor allem um Stammkunden die zweite.

Eine kontinuierliche, sich etwa monatlich wiederholende bzw. die Werbeobjekte teilweise wechselnde Werbung ist auch mit dem Prinzip einer Qualitätskonstanz in Apotheken vereinbar⁴⁾ und überdies geeignet, dem Kunden Vertrauen in ein dauerhaft qualitativ hochwertiges Leistungsangebot zu vermitteln, ohne durch zu große Intensität aufdringlich zu wirken. Dieses Ziel könnte durch zeitlich unstetige und in der Massierung des Einsatzes wechselnde Werbung nicht verfolgt werden. Eine größere Frequenz der Werbemaßnahmen, die z.B. wöchentlich angelegt werden, ist nur in Ausnahmefällen, z.B. bei Zeitungsinserten, zu

1) Hill: Marketing 2, S. 172.

2) Vgl. Meyer/Hermanns, op.cit., S. 89 f.

3) Ibid., S. 89.

4) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf S. 258 und S. 263 dieser Arbeit.

empfehlen. Der überwiegende Teil der Werbung entfällt hier auf den umsatzstärksten Tag, den Freitag.¹⁾

Hinsichtlich des zeitlichen Einsatzes von Werbemitteln wie Zeitungsanzeigen und Werbedrucken auf Handzetteln und Prospekten sind auch standesrechtliche Grenzen zu beachten. So ist z.B. eine einmal wöchentliche Annonce sanktioniert worden, während eine mehrfach in der gleichen Zeitungsausgabe an verschiedenen Stellen erscheinende Anzeige als "standeswidrig" angesehen wird.²⁾

f. Zur Kooperation in der Werbung

Häufig wird etwa mittelständischen Einzelhändlern eine Kooperation in der Werbung, d.h. das Prinzip der Gemeinschaftswerbung vorgeschlagen.³⁾ Voraussetzungen für den Einsatz von kollektiven Werbeaktionen sind neben der subjektiven Bereitschaft der Beteiligten vor allem eine Einigung über die Höhe des Werbebudgets, über die Aufteilung der Kosten und über Form und Inhalt der Werbung.⁴⁾ Nicht selten soll durch Gemeinschaftswerbung das Solidaritätsgefühl innerhalb einer Gruppe oder einer ganzen Branche gestärkt werden,⁵⁾ so daß ihre Realisierung gerade bei ständischen Unternehmern eines bestimmten Berufszweiges angebracht erscheint. Zudem kann durch die Zusammenfassung mehrerer kleiner Werbebudgets ein Mittelpotential erreicht werden, das überhaupt erst spürbare Werbewirkungen auftreten läßt.⁶⁾

1) Vgl. Bidlingmaier: Marketing 2, S. 421; zur Verteilung der Werbemittel auf einzelne Wochentage vgl. ausführlich Weinberg: Einzelhandel, S. 220 ff.

2) Vgl. Urteil des Bezirksberufsgerichts für Apotheker in Stuttgart vom 13.10.1980, op.cit., S. 561.

3) Die überwiegend positive Einstellung von Einzelhändlern zur Gemeinschaftswerbung zeigt Klein-Blenkers auf (vgl. Klein-Blenkers: Werbung, S. 59 f); vgl. zur Kooperation in der Werbung etwa Tietz/Zentes, op.cit., S. 378 ff.

4) Vgl. Kästing, Friederike: Gemeinschaftswerbung als Werbemittel. In: Distributionswirtschaft. Rudolf Seyffert zu seinem 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968 (Zitierweise: Gemeinschaftswerbung), S. 271.

5) Vgl. ibid., S. 274.

6) Vgl. auch Michaelis, Jörg: Der Einfluß der Konzentration auf die Werbung. In: FfH-Mitteilungen, N.F., XI/4, April 1970, S. 5; Tietz/Zentes, op.cit., S. 382.

Gemeinschaftswerbung kann grundsätzlich unter branchengleichen Mitanbietern (hier: Apotheken) und unter branchenfremden Einzelhandelsunternehmen (z.B. in einem agglomerativen Einkaufszentrum) betrieben werden (Prinzipien der branchengleichen und der branchenfremden Kooperation). Letzteres dürfte nur für solche Apotheken durchführbar sein, die in einem Geschäftszentrum mit Anbietern komplementärer Sach- und Dienstleistungen ihren Standort haben.¹⁾ Es ist allerdings fraglich, ob bei Apotheken eine Bessererfüllung von betrieblichen Zielen schon dann eintritt, wenn branchenfremde Gemeinschaftswerbung zu einer Erhöhung von Kundenzahl und -frequenz für das betreffende Einkaufszentrum im ganzen führt; denn die Gefahr von Substitutionseffekten ist beim Gesundheitspflegesortiment nicht selten gegeben; in bezug auf Arzneimittel ist das Risiko eines Arzneimittel-mehrverbrauchs indiziert.

Als Ziel einer Gemeinschaftswerbung wird weniger die direkte Verkaufsförderung als vielmehr die prinzipielle Beeinflussung des Verbraucherverhaltens genannt.²⁾ Daher muß einer Gemeinschaftswerbung von Apotheken, für die als Werbeobjekt ein gesundheitsbewußtes Konsumverhalten oder eine reine Sachinformation über bestimmte (gesundheitlich relevante) Tatbestände ausgewählt wird, eine hohe Eignung für die Erfüllung apothekenspezifischer Ziele zugeschrieben werden. Meßbare Werbeerfolge für den jeweiligen Werbebetreibenden sind allerdings kaum zu erwarten. Dagegen verringern sich die Kosten einer derartigen Werbekampagne für den Einzelnen mit zunehmender Anzahl der Beteiligten, wenngleich die individuelle Kostenzurechnung erhebliche Probleme bereiten kann. Eine derartige Gemeinschaftswerbung bzw. Public Relations von Apotheken vermag zur Bildung eines gesundheitsfördernden Images der Institution Apotheke beizutragen und eine Abgrenzung

1) Vgl. hierzu S. 161 dieser Arbeit.

2) Vgl. etwa Hundhausen: Wirtschaftswerbung, S. 284 f.; vgl. hierzu auch Lisowsky, Arthur: Die Kollektivwerbung im Einzelhandel. In: Handbuch des Einzelhandels, hrsg. v. Rudolf Seyffert, Stuttgart 1932, S. 485 f.; vgl. zu einzelnen Werbezwecken etwa Tietz/Zentes, op.cit., S. 382.

zu Betrieben anderer Branchen zu fördern. Beteiligen sich alle oder zumindest die meisten Apotheken einer Region bzw. eines städtischen Bezirks, so kann auch eine hohe Identität des Institutionenimages als "Haus der Gesundheit" erreicht werden.

Gemeinschaftswerbung ist trotz intensivem Wettbewerb innerhalb einer Branche dann möglich, wenn die branchenfremde Substitutionskonkurrenz stärker ist als der interne Wettbewerb.¹⁾

Diese Situation trifft für Apotheken nicht selten in bezug auf Drogerien, Drogeriemärkte und Reformhäuser zu. Schließen sich Apotheken zu einer Gemeinschaft zusammen, die Sach- und Dienstleistungen aus dem Bereich des Gesundheitspflegesortiments als Werbeobjekte einsetzt und dabei unter der Prämisse wettbewerbsfähiger Preise auf besondere Beratungsleistungen hinweist, können erhebliche Marktanteile von Anbietern anderer Branchen gewonnen werden. Dieser Effekt läßt sich noch verstärken, wenn durch Prinzipien der Auftragskonzentration im Bereich der Beschaffung einerseits günstige Einkaufskonditionen erzielt werden, andererseits eine gewisse Standardisierung des Leistungsangebots im Bereich problemloser, selbstbedienungsgerechter Waren des täglichen Gesundheitspflegebedarfs erreicht wird. Hierbei darf allerdings nicht die Gefahr übersehen werden, daß der einzelne Apotheker Entscheidungsspielräume einbüßen kann und sich seine Selbständigkeit verringert.²⁾

Kooperative Werbeaktionen können Apotheken auch zusammen mit industriellen Herstellern durchführen (Prinzip der Kooperation mit vorgelagerten Wirtschaftsstufen).³⁾ Dabei ist allerdings auf die häufig unterschiedlichen Zielsetzungen von Hersteller und Einzelhändler hinzuweisen.⁴⁾ So ist etwa die Wahl einzelner Präparate als Werbeobjekte für den Apotheker im allgemeinen wenig zieladäquat, da sich seine Bestrebungen auf das gesamte

1) Vgl. Kästing: Gemeinschaftswerbung, S. 273; siehe hierzu auch Gutenberg: Der Absatz, S. 366.

2) Vgl. Michaelis, op.cit., S. 6.

3) Vgl. hierzu allgemein Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 466 f. sowie ausführlich Tietz/Zentes, op.cit., S. 383 ff.

4) Vgl. hierzu Tietz/Zentes, op.cit., S. 384.

Absatzprogramm ausrichten und er an Substitutionsprozessen innerhalb seines Sortiments kaum Interesse hat. Zudem könnte die Neutralität der Apotheke als Abgabestelle für sämtliche Arzneimittel gefährdet werden. Demgegenüber empfiehlt sich eine Gemeinschaftswerbung mit solchen Herstellern, die apothekengebundene Präparate (z.B. Kosmetika) im Gesundheitspflegesortiment anbieten. Dabei nennt der Produzent in seiner überregionalen Werbung den Verkaufsort der betreffenden Produkte; die Apotheke ergänzt diese Werbung durch regional begrenzte Aktionen, so daß Identitätseffekte beim Konsumenten entstehen.¹⁾ Diese Vorgehensweise fördert Sortimentsteile, die auf spezifische Bedingungen der Institution Apotheke abgestimmt sind und dient nicht zuletzt der Profilierung eines qualitativ hochwertigen und auf aktive Gesundheitspflege ausgerichteten Bildes (Images) der Apotheke.

5. Imagekonforme Strategien der Apothekenwerbung

Um eine einheitliche Vorgehensweise bei Werbeaktionen zu gewährleisten und negative Irradiationseffekte vor allem zwischen Werbeobjekten, -argumentation, -mitteln und -trägern auf Konsumenten zu vermeiden, sind einzelne Handlungsprinzipien der Werbepolitik zu konsistenten Werbestrategien zu integrieren. Maßstab ist hierbei der Erreichungsgrad von Werbezielen. Deren Ausprägungen führen im wesentlichen zu zwei unterschiedlichen Werbestrategien:

Die erste Strategie verfolgt vorwiegend das Ziel, die Funktion des Apothekers in der gesundheitlichen Prophylaxe zu stärken, indem die soziale Akzeptanz der Apotheke als Einkaufsstätte für Waren der täglichen Gesundheitspflege hergestellt wird. Im Vordergrund stehen als Werbeobjekte einerseits Präparate des Ergänzungssortiments sowie besondere Dienstleistungen der Apotheke, andererseits wettbewerbsfähige Preisforderungen. Auch die anbietende Apotheke muß genannt werden. Als Werbemittel bieten

1) Vgl. allgemein Hansen: Einzelhandelsmarketing, S. 467.

sich vor allem Handzettel, Prospekte, Postwurfsendungen an, die im jeweiligen Marktfeld zu verteilen sind. Die Werbeaussage muß sachlich informativ sein, die äußere Gestaltung der Werbemittel seriös und zurückhaltend. Als Maßstäbe für den Erfolg dieser Werbestrategie können Umsätze und Marktanteile im Ergänzungssortiment, Kundenzahl und -frequenz herangezogen werden.

Die zweite Strategie kann auch als spezifisches Public Relations der Institution Apotheke bezeichnet werden. Sie hat ausschließlich eine Information der Bevölkerung über die Tätigkeit des Apothekers als Gesundheitsfachmann, die Bildung bezüglich einzelner, die Gesundheit berührender Fachgebiete (Medizin, Biologie, Chemie etc.) sowie die Aufklärung über gesundheitsförderndes Verhalten zum Inhalt. Public Relations zielt auf die Gewinnung von Vertrauen und Verständnis für die Funktionen der Apotheken in der Bevölkerung ab. Als Werbemittel können vor allem Kundenzeitschriften und Schaufenster dienen. Die Werbeaussage muß auf den Bildungsstand der jeweiligen Kundenzielgruppen abgestimmt werden. Maßstäbe der Messung von Erfolgen derartiger Werbestrategien existieren i.d.R. nicht.

Apotheken, die ein Gesundheitspflegesortiment sowie selbständige Dienstleistungen nach den in den Bereichen Sortiments-, Produkt- und Preispolitik sowie Angebotsorganisation genannten Handlungsprinzipien anbieten, können die beiden angeführten Werbestrategien kombiniert einsetzen. Die Charakterisierung der zweiten Strategie als Public Relations zeigt deutlich, daß hierbei weder Überschneidungen bei der Wahl der Werbeobjekte, -ausagen, -mittel und -träger auftreten, noch Irradiationswirkungen auf den Konsumenten zu erwarten sind, wenn er apothekenspezifische Aufgaben der Arzneimittelversorgung, Gesundheitsberatung und -erziehung mit preiswürdigen Angeboten von Sachgütern und Dienstleistungen der Prophylaxe assoziiert.

Fünftes Kapitel

ENTWURF ABSATZPOLITISCHER GESAMTKONZEPTIONEN FÜR ÖFFENTLICHE APOTHEKEN

In den bisherigen Ausführungen sind isolierte, operative Handlungsprinzipien und Instrumentalstrategien in einzelnen Aktionsbereichen der Absatzpolitik entwickelt worden, die dem Unternehmer (Apotheker) die Grenzen absatzwirtschaftlichen Handelns aufgezeigt und ihm partielle Orientierungen für einen zieladäquaten und marktreaktionsorientierten Einsatz konkreter Mittel und Maßnahmen gegeben haben. Nun gilt es, diese Prinzipien und Strategien simultan zu konsistenten Gesamtstrategien zu kombinieren, die jeweils eine einheitliche, imagekonforme Erlebniswirkung auf Konsumenten ausstrahlen und negativ-irradiative Effekte weitgehend ausschalten.¹⁾ Dieses Konzept nennt die absatzwirtschaftliche Literatur Marketing-Mix,²⁾ speziell bei Handelsbetrieben: Retailing-Mix.³⁾ Zu seiner Verwirklichung ist zunächst kurz auf mögliche Interdependenzen einer harmonischen Integration partieller Handlungsprinzipien und -strategien einzugehen. Derartige Wechselwirkungen können einmal zwischen einzelnen Aktionsbereichen der Absatzpolitik auftreten, zum anderen auch zwischen der absatzwirtschaftlichen Funktion und anderen betrieblichen Teilfunktionen. Anschließend sollen drei Typen von absatzpolitischen Gesamtstrategien für Apotheken entworfen werden, die auf (annähernd) alle Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland anwendbar sind.

-
- 1) Zur "Philosophie" eines Erlebnis-Angebots im Handel vgl. Sölter, Arno: Kooperative Absatzwirtschaft, Köln et al. 1971, S. 168 ff.
 - 2) Vgl. etwa Meffert: Marketing, S. 473 ff.; Tietz: Marketing, S. 304 ff.; Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 298 f.; Topritzhofer, Edgar: Marketing-Mix. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1247 ff.
 - 3) Vgl. z.B. Hansen/Algermissen. op.cit., S. 230 ff.; Lazer, William/Kelley, Eugene J.: The Retailing Mix: Planning and Management. In: Kelley, Eugene J./Lazer William, Managerial Marketing: Perspectives and Viewpoints, 3rd ed., Homewood/Ill. 1967, S. 500 ff.

A. INTERDEPENDENZEN ABSATZPOLITISCHER HANDLUNGSBEREICHE

Das Konzept des Marketing-Mix basiert auf der Erkenntnis, daß zwischen einzelnen marktgerichteten unternehmerischen Aktionen vor allem kompensatorische und komplementäre Effekte auftreten können.¹⁾ Derartige Ausstrahlungswirkungen sind bei der Erörterung absatzwirtschaftlicher Handlungsmöglichkeiten teilweise schon angesprochen worden. So vermag etwa eine intensive Display-Werbung am Verkaufsort den Eindruck besonders preisgünstiger Angebote zu erwecken und damit preispolitische Maßnahmen zu kompensieren. Dies gilt in ähnlicher Weise für "Aktionspräsentationen" einzelner Artikel. Die persönliche Beratung kann teilweise sortimentspolitische Entscheidungen ersetzen, wenn Kunden zu einer bestimmten warenbezogenen Konkretisierung ihrer Bedürfnisse veranlaßt werden können. Besonders herauszustellen sind auch die bereits genannten Irradiationswirkungen zwischen einzelnen Produkten und Dienstleistungen des absatzpolitischen Programms in Apotheken. In hervorragender Weise kompensatorisch für eine Reihe absatzpolitischer Aktivitäten vermag die Standortwahl und -anpassung zu wirken. So kann ein passantenstromorientierter Standort den Einsatz gestreuter Werbemittel ersetzen. Die aktiv gestaltete Ansiedlung von Ärzten kann zu einem teilweisen Verzicht auf persönlich ausgerichtete Präferenzmaßnahmen führen, wenn räumliche Präferenzen dominant werden.

Eine komplementäre Interdependenz zwischen absatzpolitischen Instrumenten liegt vor, wenn deren gemeinsamer, simultaner Einsatz zu einer Erhöhung von Marktwirkungen führt, und zwar i.d.R. in einem größeren Ausmaß, als es die sukzessiv verwirklichte Summe isolierter Maßnahmen vermag.²⁾ So hat im allgemeinen die Werbung für sämtliche anderen Instrumente einen unterstützenden Effekt.³⁾

1) Vgl. hierzu zuerst Borden, Neil H.: The Concept of the Marketing-Mix. In: Kelley, Eugene J./Lazer, William, Managerial Marketing: Perspectives and Viewpoints, 3rd ed., Homewood/Ill. 1967, S. 109 ff.; siehe auch Topritzhof: Marketing-Mix, Sp. 1252 ff.; Kalussis: Absatzpolitik, S. 164 ff.

2) Zu diesem Synergieeffekt vgl. etwa Marr/Picot, op.cit., S. 453.

3) Vgl. etwa Topritzhof: Marketing-Mix, Sp. 1254.

Dies kann gleichermaßen für die Ladengestaltung und den persönlichen Verkauf zutreffen. Sortiments- und Produktpolitik einerseits sowie Preispolitik andererseits ergänzen sich notwendigerweise in hohem Maße. Dies wird bei Sonderangebotsaktionen besonders deutlich.

Nicht zuletzt sind zeitliche Ausstrahlungseffekte von unternehmerischen Entscheidungen zu erwähnen.¹⁾ So vermögen Aktivitäten über längere Zeiträume hinweg, erwünschte Wirkungen auf Absatzmärkten zu erzielen, wenn sie zum Aufbau eines "Unternehmens-Goodwill" geführt haben, von dem die Unternehmung "zehren" kann. Allerdings ist der zeitliche Eintritt von Wirkungen absatzpolitischer Maßnahmen häufig ungewiß und schwerlich im voraus zu planen. Z.B. können kurzfristige Aktionen überhaupt wirkungslos bleiben; langfristiger Mitteleinsatz führt möglicherweise zu Zerfallerscheinungen, wenn die Konsumenten seiner überdrüssig werden, wie dies nicht selten in der Werbung vorkommt.²⁾

Auch andere betriebliche Funktionsgebiete stehen zu absatzpolitischen Aktionsbereichen in vielfachen interdependenten Beziehungen.³⁾ Dabei führt eine gemeinsame Untersuchung von Beschaffungs- und Absatzsektor einen Schritt weiter in dem Bemühen, eine umfassende Unternehmungspolitik zu konzipieren,⁴⁾ sie kann jedoch gleichwohl nur einen Baustein bei der Lösung dieser Aufgabe liefern. So kann gleichermaßen eine simultane Verknüpfung des Absatzbereichs mit dem Personalbereich gefordert werden, insbesondere in bezug auf das Verkaufspersonal, oder mit finanz- und investitionspolitischen Entscheidungen. Engste Beziehungen bestehen auch zwischen dem Absatz und der Lagerhaltung. Ein integratives Konzept der simultanen Kombination von Aktivitäten im Bereich der physischen Warendistribution, das die Funktionen

1) Vgl. hierzu etwa Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 460 f; Meffert: Marketing, S. 484; Marr/Picot, op.cit., S. 497 f.

2) Vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen, op.cit., S. 461.

3) Vgl. ibid., S. 459.

4) Vgl. zu einer derartigen Intergration des Absatz- und Beschaffungsreichs den Ansatz von Hansen: Einzelhandelsmarketing, insbes. S. 578 ff.

Beschaffung, Lagerhaltung und Absatz umfaßt, ist mit dem marketing-logistischen Ansatz erarbeitet worden.¹⁾ Daß die Entwicklung eines logistischen Systems der Arzneimittellversorgung ein wichtiges wissenschaftliches Forschungsprojekt zur Steigerung der Effizienz in diesem Bereich sein könnte, wurde bereits erwähnt.

B. ZUR GESTALTUNG IMAGEKONFORMER ABSATZPOLITISCHER STRATEGIEN

Zur Lösung des Problems einer optimalen Kombination absatzpolitischer Aktionsvariabler sind in der Literatur eine Reihe von quantitativen, formalen Lösungsmodellen erarbeitet worden,²⁾ die jedoch sämtlich mit einer Anzahl realitätsferner Prämissen arbeiten, so daß ihre Anwendung in der Praxis mit vertretbarem Aufwand im allgemeinen nicht möglich ist.³⁾ Gerade die vorliegende Arbeit, die einerseits praktische Handlungsmöglichkeiten analysieren will, andererseits eine Vielzahl nicht-quantifizierbarer (medizinischer, gesundheitspolitischer, sozialpsychologischer u.a.) Faktoren zu berücksichtigen hat, kann sich nicht deterministischer oder auch nur stochastischer Modelle bedienen, die den Anschein erwecken, die Wirkungen einzelner absatzpolitischer Aktionen, ihre Interdependenzen und ihr Stellenwert innerhalb der gesamten Unternehmungspolitik seien mathematisch exakt zu messen. Zudem liegt der Handlungsanalyse dieser Arbeit nicht - wie meistens in anderen Untersuchungen⁴⁾ - die mono-variable Zielfunktion des Gewinnmaximums zugrunde, sondern eine Mehrzahl teilweise schwer quantifizierbarer Formal- und Sachziele (wie etwa Beeinflussungs- und Sozialprestigeziele).

Eine realitätsnahe Befassung mit Fragen des Marketing-Mix ist daher an dieser Stelle nur in einem qualitativen Ansatz möglich, der heuristische Näherungslösungen an eine "optimale" absatzwirtschaftliche Strategie erlaubt. Als Kriterium (Maßstab) der

1) Vgl. hierzu etwa Pfohl: Marketing-Logistik; Bowersox, Donald J.: Logistical Management, New York-London 1974.

2) Vgl. hierzu etwa die Übersicht bei Thummel, Dieter: Entwicklung einer Konzeption zur Bestimmung des langfristig-strategischen Marketing-Mix, Bern und Stuttgart 1972, S. 14 ff.

3) Vgl. hierzu Leitherer: Betriebliche Marktlehre II, S. 300 ff.; Thummel, op.cit., S. 51 ff.

4) So etwa Meffert: Marketing, S. 479.

Entwicklung konsistenter Strategien soll, wie bereits bei einigen Instrumentalstrategien, jeweils ein angestrebtes Geschäftsimage herangezogen werden.¹⁾ Bei dieser Vorgehensweise ist darauf zu achten, daß innerhalb der einzelnen Handlungsbereiche Maßnahmen ergriffen werden, die im Hinblick auf ein zuvor formuliertes Unternehmungsimage als konform angesehen werden können.²⁾ Für die im folgenden zu erarbeitenden Strategien ist daher zunächst ein Imageprofil zu entwerfen, auf dessen Grundlage Handlungsprinzipien und Strategien in einzelnen Aktionsbereichen ausgewählt und kombiniert werden.³⁾ Dabei ist nicht von bestimmten Prämissen in Form einzelner Apothekentypen auszugehen; denn ebensowenig wie es etwa die Cityapotheke oder die Landapotheke gibt, existiert die Einmann-Apotheke oder die dienstleistungsaktive Apotheke. Es sind vielmehr unterschiedliche absatzpolitische Strategien einzusetzen, welche das äußere Image der Apotheke und damit gewissermaßen ihren Typ prägen.

Die hinter dem jeweiligen Image stehenden Zielsetzungen der Unternehmung unterscheiden sich dabei nur hinsichtlich konkreter, auf Absatzmärkte gerichteter Ausprägungen. Die im dritten Kapitel der Arbeit dargestellten Zielkategorien und ihre Inhalte gelten dagegen für sämtliche Strategietypen gleichermaßen. So wird unterstellt, daß jeder Apotheker u.a. qualitative, regionale und zeitliche Leistungsziele sowie leistungswirtschaftliche Sicherungsziele einer "ordnungsge-mäßen" Arzneimittelversorgung, Lenkungsziele eines sparsamen

- 1) Vgl. hierzu auch Tietz: Marketing, S. 304; ausführlich: derselbe: Grundlagen, Bd. 2, S. 1242 ff.; zur Bedeutung dieses Maßstabes vgl. allgemein Sandig, Curt: Der Ruf der Unternehmung. Veröffentlichungen der Wirtschafts-hochschule Mannheim, Reihe 2: Reden, Heft 8, Stuttgart 1962, insbes. S. 10 ff.
- 2) Dabei ergibt sich allerdings die logische Schwierigkeit, daß die Konkretisierung eines Images eng mit dem Einsatz absatzpolitischer Instrumente verbunden ist, weil diese imageprägend wirken. Praktisch kann dieses Problem jedoch durch eine enge wechselseitige Abstimmung von Zielformulierung und Strategienentwicklung gelöst werden (vgl. hierzu auch S. 106 dieser Arbeit).
- 3) "Jedes absatzpolitische Instrument hat eine Imagekomponente. Unter dem Aspekt des Image werden spezielle Eigenschaften der Instrumente herausgehoben, die bei der isolierten Betrachtung der Instrumente in den Hintergrund treten" (Tietz: Marketing, S. 308).

und medizinisch angebrachten Medikamentenkonsums und privatwirtschaftliche Erwerbsziele sowie finanzwirtschaftliche Sicherungsziele verfolgt, und zwar jeweils auf der Oberzielebene.¹⁾

1. Strategie I: "Tradition"

Der Strategie I läßt sich ein Apothekenimage zuordnen, das schlagwortartig mit dem Terminus "Tradition" umschrieben werden kann. Positive Eigenschaften dieses Geschäftsimages sind mit altehrwürdig, nostalgisch, zuverlässig, hilfsbereit, erklärungsbetont zu kennzeichnen. Negativ könnten die bereits erwähnten Komponenten Krankheit, Sterilität, Unpersönlichkeit, Kälte etc. wirken. Der Apotheker verzichtet bei dieser Strategie völlig auf das Angebot prophylaktischer Mittel der Gesundheitspflege und beschränkt sich weitgehend auf apothekenpflichtige Arzneimitteln. Er versteht sich als "Anbieter medikamentöser Therapien zur Lösung von Krankheitsproblemen". Dieser Strategie liegt damit eine sehr eng interpretierte Auffassung von der öffentlichen Aufgabe der Apotheken zugrunde. Dies impliziert eine lediglich regionale Selektion des Kundenpotentials und verbietet eine Auswahl einzelner Marktsegmente; denn Krankheiten betreffen wohl alle Menschen. Eine effiziente Strategie, die ein derartig charakterisiertes Image bilden helfen will, kann sich der folgenden Handlungsprinzipien in einzelnen Aktionsbereichen²⁾ bedienen, wobei Standortpolitik, Produktgestaltung, Betriebsbereitschaftspolitik und Public Relations im Vordergrund stehen:

(A) Wichtigster Grundsatz der Standortwahl und -anpassung ist die Orientierung an Arztpraxen. Aufgrund der Beschränkung des Absatzprogramms auf Arzneimitteln wird in Apotheken, die der genannten Strategie folgen, ein besonders hoher Anteil des Umsatzes auf rezeptpflichtige Arzneimitteln entfallen, wobei auf die besondere Abhängigkeit vom Verschreibungsverhalten der relevanten Ärzte hingewiesen werden muß. Dem Apotheker fällt hier-

1) Hinzu können Wachstumsziele, Ziele des gesellschaftlichen Ansehens und der traditionellen Betriebsfortführung sowie Machtziele kommen.

2) Die Gliederung bedient sich der Punkte A) bis F) des vierten Kapitels.

bei allerdings weitgehend nur das Image eines Erfüllungsgehilfen ärztlicher Therapieanweisungen zu; denn nur die hierauf gerichteten Tätigkeitsmerkmale werden dem Patienten i.d.R. bewußt. Die nachgewiesene enge Beziehung zwischen Kundenwohnsitzen, Arztpraxenlage und Apothekenstandort legt weiterhin das Prinzip der Orientierung an Kundenwohnsitzen nahe. Als aktive Beeinflussung der Standortgüte steht die Möglichkeit einer Ansiedlung von Ärzten in unmittelbarer Nähe der Apotheke zur Verfügung. Standortrelevante Überlegungen in bezug auf Betriebe und Betriebsformen anderer Branchen entfallen wegen des Arzneimittelmonopols.

(B) Sortimentspolitische Maßnahmen bestehen auf ethisch-pharmazeutischen Märkten weitgehend in einer Anpassung an Verschreibungsgewohnheiten von Ärzten. Auf populär-pharmazeutischen Märkten können marktfeldspezifische Schwerpunkte der Tiefendimension des Sortiments gebildet werden, wobei als Kriterium die jeweilige Morbiditätsstruktur zugrunde zu legen ist. Auch sortimentspolitische Angebotsaktionen pharmazeutischer Hersteller können die Gestaltung einer Sortimentsstruktur (Verhältnis von Sortimentsbreite und -tiefe) in gewissen Grenzen beeinflussen. Sortimentspolitische Entscheidungen im Bereich der prophylaktischen Gesundheitspflege entfallen.

(C) Die selbstgewählte Einschränkung des Handlungsspielraumes im Bereich der Sortimentspolitik erfordert besondere Aktivitäten in der Produktgestaltung, um eine positive Abgrenzung zu Mitantbietern zu erreichen. Präferenzen bei Konsumenten können nämlich nur dann erzielt werden, wenn irgendwelche Vorsprünge im Leistungsangebot gegenüber der Konkurrenz bestehen. Dabei bieten sich sowohl die Produktion von Hausspezialitäten als auch das Angebot eigenständiger Dienstleistungen an, wobei wegen der bestehenden staatlichen Restriktionen bei der Arzneimittelherstellung das Schwergewicht auf letzteren liegen dürfte. Dabei kann die Durchführung chemisch-physiologischer Laboranalysen und gesundheitlicher Kontrollmaßnahmen jedoch möglicherweise zu Kompetenzüberschneidungen mit den im Bedarfsgebiet niederge-

lassenen Ärzten führen, was das hier notwendigerweise enge Verhältnis zu diesen trüben könnte. Schwierigkeiten können auch bei spezifischen Beratungsleistungen (z.B. über Reiseapotheken) entstehen, wenn sich durch diese ausgelöste Bedürfnisse in (nicht geführten) präventiven Gütern des Ergänzungssortiments konkretisieren.

(D) Preispolitische Entscheidungen im apothekenpflichtigen Arzneimittelsortiment entfallen. Bezüglich einer Preisforderung für Eigenspezialitäten kann auf die Ausführungen in dem entsprechenden Abschnitt dieser Arbeit verwiesen werden. Da Erfolge gegenüber preisaktiven Betrieben anderer Branchen im Bereich der freiverkäuflichen Medikamente bei der hier verfolgten Strategie nicht zu erzielen sind, weil die Unterstützung einer eventuellen konkurrenzorientierten Preisstellung für diese Produkte durch Maßnahmen in anderen Handlungsbereichen fehlt, dürfte diese Warengruppe auf ein unbedeutendes Randgebiet abgedrängt werden, so daß ihre Preisbildung kaum Auswirkungen auf die Erreichung unternehmerischer Ziele haben dürfte. Eine Beaufschlagung freiverkäuflicher Arzneimittel mit apothekenüblichen Spannen ist daher am ehesten zu empfehlen. Kreditpolitische Maßnahmen können in einzelnen Fällen das Aktionsfeld der Entgeltpolitik vervollständigen.

(E) Angesichts der bereits erwähnten besonders hohen Abhängigkeit betrieblicher Erfolge von ärztlichen Verordnungen ist in bezug auf die Ladenöffnungszeiten das Prinzip einer Anpassung an Sprechstunden von Ärzten zu verwirklichen. Eine wesentliche Möglichkeit der Schaffung von Präferenzen im Wettbewerb mit anderen Apotheken besteht auch im Anbieten einer außergewöhnlich hohen Lieferbereitschaft. Deren Erfolg ist noch zu verstärken durch die Einrichtung von Rezeptsammelstellen - soweit dies möglich ist - und durch eine fallweise Auslieferung von Medikamenten an Konsumentenhaushalte. Diese Maßnahmen unterstreichen die Imagekomponenten Zuverlässigkeit und Hilfsbereitschaft. Entscheidungsspielräume hinsichtlich der Bedienungsform bestehen

nicht. Es ist jedoch auf die hervorragende Bedeutung der persönlichen Beratung hinzuweisen, die eine der wenigen Möglichkeiten der Abhebung von der Konkurrenz darstellt. Dies gilt vor allem bei Medikamenten, die im Rahmen der Selbstmedikation nachgefragt werden. Probleme der Raumaufteilung der Offizin in verschiedene Funktionszonen und der Platzierung selbstbedienungsgeeigneter Waren sind nicht zu lösen. Um das traditionelle Image einer Apotheke zu unterstreichen, welche die hier zu charakterisierende Strategie gewählt hat, sollte die Einrichtung eine nostalgische, liebevoll an traditionellen apotheken-spezifischen Elementen ausgerichtete Atmosphäre ausstrahlen.

(F) Werbung für einzelne Produkte und Produktgruppen kommt für Apotheken, die sich allein auf Arzneimittel spezialisiert haben, nicht in Frage. Schwerpunkt ihrer Werbeaktivitäten muß die Informations- und Bildungswerbung sein, wobei als Werbemittel vorwiegend Schaufenster und Kundenzeitschriften einzusetzen sind. Ob Warenproben für Arzneimittel abgegeben werden, muß jeder Apotheker für sich entscheiden. Letztlich kann bei dieser absatzpolitischen Gesamtstrategie nur die im Aktionsbereich der Werbung abgegrenzte Instrumentalstrategie des Public Relations angewendet werden. Hierbei ist die Beteiligung an einer Gemeinschaftswerbung für die Institution Apotheke als zweckmäßig anzusehen.

Eine konsequente Verwirklichung der angeführten Handlungsmöglichkeiten vermag dieser absatzpolitischen Strategie durchaus zu Erfolgen zu verhelfen. Ein Verzicht auf die prophylaktische Funktion der Gesundheitspflege dürfte angesichts struktureller Wandlungen auf Märkten für Gesundheitsgüter und zunehmenden staatlichen Drucks zur Kostensenkung im Gesundheitswesen allerdings zu stagnierenden Umsätzen und langfristig sinkenden Einkommen führen. Im übrigen entspricht diese Strategie nicht den Anforderungen, die an die Berufsausübung des Apothekers von einer Gesellschaft gestellt werden, die Gesundheit nicht mehr allein durch passiven Konsum, sondern durch aktives Verhalten sichern will.

2. Strategie II: "Exklusivität"

Das der Strategie II zugrunde liegende Apothekenimage läßt sich mit dem Schlßwort "Exklusivität" charakterisieren. Beratungsintensiv, qualitätsbewußt, attraktiv, individuell wären positive Attribute dieses Geschäftsimages, wobei noch auf die besondere Atmosphäre der Offizin hinzuweisen ist. Als negativ können hier die Eigenschaften teuer und prestigebewußt sowie die vor allem auf wohlhabende Kundenschichten ausgerichtete evidente Wohlstandspräsentation angesehen werden. Der Apotheker wählt bei dieser Strategie neben Arzneimitteln weitgehend nur qualitativ hochwertige, beratungsintensive und hochpreisige Artikel des Gesundheitspflegesortiments aus, die überwiegend medizinischen Indikationen dienen. Er wirkt als "Helfer in speziellen Fragen der Beeinträchtigung gesundheitlicher Funktionen". Diese Strategie bedingt eine Selektion einzelner Konsumentenzielgruppen im Ergänzungssortiment. Dabei werden die im folgenden zu beschreibenden Handlungsprinzipien verwirklicht, wobei die Aktionsbereiche Standortpolitik, Sortimentspolitik, Produktgestaltung sowie der persönliche Verkauf und die Public Relations im Vordergrund stehen:

(A) Angesichts der o.a. Notwendigkeit zur Auswahl relevanter Marktsegmente muß die genannte Strategie in enger Abstimmung mit der Standortpolitik eingesetzt werden. Sie wird sich i.d.R. nur bei Standorten realisieren lassen, in deren Nähe eine hohe Zahl von Kunden ansässig ist, die als Bedarfsträger für die genannten Waren in Frage kommen. Dies trifft etwa für "Prominentenviertel", für Wohngebiete mit einem großen Anteil älterer Menschen mit höherem Einkommen oder für Kurorte zu. Damit ergibt sich eine Spezifizierung des Prinzips der Orientierung an Kundenwohnsitzen. Auch die Arztpraxenorientierung könnte in diesem Fall fachgebietsmäßig konkretisiert werden, etwa auf Ärzte, die Naturheilverfahren anwenden, da deren Patienten im allgemeinen einen weitgestreuten Bedarf an sogenannten "natürlichen"

Produkten besitzen. Dies gilt gleichermaßen für Standortagglomerationen, die in starkem Maße von den genannten Konsumentenzielgruppen aufgesucht werden. Die Nähe zu anderen Betriebsformen außerhalb der Apothekenbranche ist wegen des spezifischen Leistungsangebots wenig schädlich.

(B) Während für sortimentspolitische Aktivitäten im Arzneimittelsortiment auf die Ausführungen für die Strategie I verwiesen werden kann, beschränkt sich die Sortimentspolitik für das Gesundheitspflegesortiment weitgehend auf die charakterisierten Typen der apothekenexklusiven, teilweise beratungsbedürftigen Waren des konsumentengruppenspezifischen sowie des Individualbedarfs. Soll dem negativen Eindruck der "teueren Apotheke" entgegengewirkt werden, wird es sich allerdings empfehlen, in einem gewissen Umfang auch selbstbedienungs- und freiwahlgeeignete Konkurrenzartikel (zu marktadäquaten Preisen) anzubieten. Wesentliche Voraussetzung dieser Sortimentspolitik ist eine exakte marktfeldspezifische Analyse der relevanten Kundenzielgruppen.

(C) Das Angebot von Hausspezialitäten und eigenständigen Dienstleistungen bietet besonders gute Chancen, das gesamte Leistungsprogramm auf die anvisierten Marktsegmente möglichst genau abzustimmen. Sehr geeignet erscheinen hierfür Naturheilmittel und mit ihnen verbundene Beratungsleistungen. Eine hohe Spezialisierung bei derartigen Angeboten schützt den Apotheker darüber hinaus vor ruinösen Konkurrenzgründungen und vermag seiner Berufsausübung neue Akzente zu geben.

(D) Preispolitische Aktivitäten dürften sich bei dieser Strategie auf die Einhaltung von Preisempfehlungen der Hersteller beschränken. Eine begrenzte Mischkalkulation mit wettbewerbsadäquaten Preisen könnte immerhin dann verwirklicht werden, wenn einige Konkurrenzartikel in das Sortiment aufgenommen werden, was vor allem das hochpreisige Image abbauen hilft. Besondere Bedeutung kommt auch der Kreditpolitik zu, da die angesprochenen Marktsegmente sich in hohem Maße aus persönlich bekannten

Stammkunden zusammensetzen, die im wesentlichen als kreditwürdig einzustufen sind.

(E) Neben hohen Lieferbereitschaftsgraden spielt für die vorgeschlagene Strategie die persönliche Beratung eine besondere Rolle. Dies muß für exklusive gesundheitspflegende Waren des individuellen Bedarfs nicht mehr begründet werden. In größeren Betrieben kann dabei auch die Bereithaltung speziell ausgebildeten Fachpersonals erwartet werden. Zur Abrundung eines exklusiven Geschäftsimages gehört eine ausgesprochen wertvolle Ladenausstattung, die eine persönliche, das Beratungsgespräch fördernde Atmosphäre vermittelt. Hierfür eignet sich bei einer entsprechenden Betriebsgröße das shop-in-the-shop-Prinzip, sofern Waren mehrerer Bedarfsgruppen angeboten werden.

(F) Die Werbung hat sich wegen der spezifischen Zielgruppenorientierung solcher Werbemittel und -träger zu bedienen, die eine möglichst genaue Kundenselektion ermöglichen. Hierfür eignen sich besonders Werbebriefe und gezielt verteilte Prospekte. Um das Absatzprogramm bekannt zu machen, kann auch das Schaufenster eingesetzt werden. Da die Werbeaussage auf das individuelle Absatzprogramm abgestellt werden muß, dürfte die Beteiligung an gemeinschaftlichen Werbeaktionen nur in Ausnahmefällen zweckmäßig sein, und zwar vor allem dann, wenn geeignete Partner fremder Branchen vorhanden sind.

Ansichts der genannten (vor allem standortbedingten) Voraussetzungen wird sich diese Strategie nur in Ausnahmefällen realisieren lassen. Gibt man die restriktive Forderung nach einer Führung vor allem exklusiver Artikel des Individualbedarfs zugunsten einer Konzeption auf, die sich ohne produktimmanente Beschränkungen allein auf die Bedürfnisse der im jeweiligen Marktfeld am stärksten vertretenen Konsumentenzielgruppen richtet, so eignet sich eine Strategie dieser Art insbesondere auch für kleinere Apotheken, die wegen ihrer Betriebsgröße eine Einengung ihres Absatzprogrammes vornehmen müssen. Die Gefahr hierbei ist

allerdings, daß sich die Konturen eines ausgeprägten Geschäftsbildes verwischen und die Apotheke auf die Funktion der Arzneimittelabgabestelle reduziert wird, in der nur zufällig und bei Gelegenheit Waren und Dienstleistungen der präventiven Gesundheitspflege nachgefragt werden.

3. Strategie III: "Gesundheitspflege"

Die Strategie III läßt sich mit dem imageprägenden Leitgedanken der "Gesundheitspflege" kennzeichnen. Sie beschreibt die Apotheke eines Typs, dessen Ausprägungen schon bisher weitgehend im Mittelpunkt der Erarbeitung von Handlungsprinzipien waren. Positive Imagekomponenten sind hierbei Gesundheit, Frische, Schönheit, Natürlichkeit und Preisbewußtsein. Negativ könnten die Eigenschaften 'aufdringlich' und 'überladen' wirken. Der Apotheker kann als "aktiver Partner in allen Gesundheitsfragen" charakterisiert werden. Er bietet neben dem apothekenpflichtigen Arzneimittelsortiment ein breites Programm präventiver Waren und Dienstleistungen an. Eine gewisse Mindestbetriebsgröße wird hierbei nötig sein. Die Betonung des Marketingprogramms liegt auf den Handlungsbereichen Sortimentspolitik, Preispolitik, Ladengestaltung und Werbung:

(A) Spezifische standortpolitische Aktivitäten müssen für die vorliegende Strategie nicht ergriffen werden. Lediglich die enge Nachbarschaft zu Betrieben anderer Branchen, insbesondere zu Drogeriediscountmärkten legt einen Verzicht auf diese Strategie nahe, um einem eventuellen ruinösen Wettbewerb auszuweichen.

(B) Neben den für apothekenpflichtige Arzneimittel zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten sind für diese Strategie eine Reihe von Aktionsprinzipien im Gesundheitspflegesortiment sehr bedeutungsvoll. Dabei vermag weder das Prinzip der allgemeinen Orientierung an der Vertriebsbindung von Artikeln an die Apothe-

ke (apothekenexklusive Waren) noch das Franchising-Konzept zieladäquate Hilfestellung zu geben. Die Beschränkung auf apothekenadäquate Produkte ist eine in der Praxis inoperative Vorschrift. Vielmehr muß das Ergänzungssortiment in verschiedene Warentypen aufgespalten werden, die jeweils unterschiedliche Handlungsweisen bedingen. Während sich sortimentspolitische Entscheidungen bei dem Typ der problemlosen Waren des täglichen Massenbedarfs vor allem an den Marktanteilen der jeweiligen Präparate und am Verhalten von Mitbietern orientieren müssen, ist für beratungsbedürftige Waren des Individualbedarfs vor allem das Kriterium der Apothekenexklusivität (Apotheken-Handelsmarke) heranzuziehen. Die Führung von Waren des konsumentengruppenspezifischen Bedarfs hat sich insbesondere an marktfeldspezifischen Gegebenheiten auszurichten.

(C) Die Eigenproduktion verliert angesichts des umfangreichen Absatzprogramms bei Verwirklichung der Strategie III an Bedeutung. Einzelne selbstgefertigte Präparate vermögen jedoch das Sortiment zu ergänzen. Die Betonung der prophylaktischen Funktion des Apothekers bei dieser Strategie verlangt aber eine breite Palette von eigenständigen Dienstleistungen, die sich mit dem Warenangebot ergänzen und so das aktiv-präventive Image der Gesundheitspflege betonen.

(D) Engste Beziehungen bestehen zwischen der Sortiments- und der Preispolitik. Hierbei kann allein die Strategie der Mischkalkulation zieladäquat sein und die soziale Akzeptanz der Apotheke als "Haus der Gesundheit" verwirklichen helfen. Mit zunehmender Erklärungsbedürftigkeit und Apothekenexklusivität werden dabei steigende Aufschläge auf die Wareneinstandspreise erhoben. Problemlose Konkurrenzartikel des täglichen Bedarfs müssen unbedingt an den Preisen der Konkurrenz orientiert werden, wobei vor allem in der Verbraucherschaft ausgeprägte Preisschwellen höchstens geringfügig überschritten werden dürfen.

(E) Während hohe Betriebsbereitschaftsgrade und eine intensive fachliche Beratung im apothekenpflichtigen Arzneimittelsortiment im Interesse einer geordneten Medikamentenversorgung nicht weniger wichtig sind als bei den anderen Strategien, muß der Apotheker hier umfangreiche Entscheidungen der Warenpräsentation im Gesundheitspflegesortiment treffen. Waren dieser Art sind überwiegend in Selbstbedienung anzubieten, wobei mit zunehmender Beratungsbedürftigkeit die Vertriebsformen Freiwahl, Vorwahl und Fremdbedienung anzuwenden sind. Vor allem für die Selbstbedienung steht dem Apotheker ein umfangreiches Instrumentarium der Warenplatzierung im Verkaufsraum zur Verfügung. Oberster Grundsatz ist hierbei, eine sachliche und räumliche Abgrenzung zwischen Arzneimitteln und Waren des Gesundheitspflegesortiments zu schaffen, um zu verhindern, daß der Konsum problemloser Produkte mit dem Medikamentenverbrauch konfundiert wird. Um eine Vernachlässigung seiner öffentlichen Aufgabe in der Arzneimittelversorgung zu verhindern, empfiehlt es sich für den Apotheker, sämtliche laufenden Aufgaben im Gesundheitspflegesortiment an Mitarbeiter zu delegieren und diesen gleichzeitig die volle Verantwortung für den genannten Warenbereich zu übertragen.

(F) Um das Engagement im Gesundheitspflegesortiment bekannt zu machen, ist der Apotheker gezwungen, Werbung außerhalb seines Ladengeschäfts zu treiben. Hierbei wird vor allem das Ziel einer Bedarfspartizipation und -expansion für die genannten Waren verfolgt. Auch bedarfskreative Absichten sind gesundheitspolitischen Bestrebungen der Prophylaxe konform. Hierbei eignen sich wegen ihrer exakt zu bestimmenden qualitativen und quantitativen Reichweite insbesondere Handzettel, Prospekte und Postwurfsendungen als Werbeträger. Zielgruppe muß weitgehend die gesamte Bevölkerung im jeweiligen Marktfeld sein; es können jedoch auch speziell junge Mütter und Rentner angesprochen werden. Angesichts äußerst restriktiver standespolitischer Werbebeschränkungen muß intensiv darauf geachtet werden, daß die Werbeargu-

mentation sachlich, informativ und den apothekenspezifischen Sachzielen angemessen ist sowie in ihrer Häufigkeit nicht übertrieben wirkt. Weniger Restriktionen bestehen gegen Werbung am Verkaufsort, die jedoch nur unterstützenden Charakter für die Media-Werbung tragen kann, zumindest solange die Apotheke nicht als Einkaufsstätte für Waren des täglichen Bedarfs akzeptiert ist. Ob die Beteiligung an einer gemeinschaftlichen Werbeaktion zieladäquat ist, kann nur im Einzelfall entschieden werden.

Die Strategie III bietet eine maximale Ausnutzung der vom Staat belassenen Handlungsspielräume. Versteht man den Beruf des Apothekers als den eines aktiven Helfers in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, muß dies keineswegs bedeuten, daß hier der Versuch unternommen wird, staatlich gesetzte Grenzen der beruflichen Betätigung hinauszuschieben. Vielmehr wird angestrebt, das volle Handlungsspektrum eines Heilberufes zu verwirklichen, das seiner akademischen Ausbildung und historischen Entwicklung (weg von der Arzneimittelherstellung) entspricht.

C. PLÄDOYER FÜR EIN AKTIVES, PRÄVENTIVES GESUNDHEITSMARKETING IN ÖFFENTLICHEN APOTHEKEN

Es wäre kurzsichtig, die öffentliche Aufgabe der Apotheken eng auf den Bereich apothekenpflichtiger Arzneimittel zu begrenzen. Arzneimittel wurden als Instrumente zur Erfüllung gesundheitlicher Zwecke charakterisiert. Dies heißt aber, daß Apotheken letztlich allgemein einen wichtigen Beitrag zur Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zu erbringen haben. Werden Arzneimittel zunehmend durch andere Waren und/oder durch Dienstleistungen substituiert, kann Apotheken nicht eine Ausweitung ihres Leistungsprogramms auf diese verwehrt werden; denn ein öffentlicher Auftrag ist Wandlungen im Zeitablauf unterworfen und ständig im jeweiligen Sinne des Gesetzgebers zu erfüllen. Dies gilt um so mehr, als seine inoperative Formu-

lierung Spielräume für eine konkrete Erfüllung durch den einzelnen Apotheker beläst. Wenngleich eine Wandlung der Besetzung von Gesundheitsbedürfnissen, z.B. weg von (risikobehafteten) Arzneimitteln hin zu Präparaten der präventiven Gesundheitspflege, erst in Ansätzen erkennbar ist, kann nicht ausgeschlossen werden, daß sich dieser Trend in den nächsten Jahrzehnten verstärkt. Folgen ihm die Apotheken mit ihrem Leistungsangebot, ist keineswegs ein "Abgleiten" zum Drugstore zu befürchten; denn einerseits wird sich die Arzneimittelapplikation in absehbarer Zeit nur in begrenztem Umfang substituieren lassen, andererseits verhindern Sortimentsbeschränkungen und der Auftrag zur Sicherung der Versorgung mit Gesundheitsleistungen eine uferlose Ausweitung des Angebotsprogramms in Apotheken. Die Warnungen vor einem für den Bestand der deutschen Apotheke gefährlichen "Absinken" zum Drugstore entbehren daher der sachlichen Fundierung.¹⁾

Apotheker waren von alters her ein privilegierter Berufsstand. Die Entwicklung ihrer Tätigkeit im Zeitablauf hat es jedoch mit sich gebracht, daß ihre Ausbildung zunehmend weniger den praktischen Anforderungen an die Berufsausübung in einer öffentlichen Apotheke entspricht. Sie laufen daher Gefahr, ihre Privilegien zu verlieren, wenn sie nicht die Öffentlichkeit von deren Berechtigung überzeugen, indem sie etwa Sach- und Dienstleistungsaufgaben in der präventiven Gesundheitspflege übernehmen und vor allem die fachliche Beratung für gesundheitliche Problemlösungen intensivieren.

Mit einem derartigen Leistungsangebot können die Apotheker bei einer effizienten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mitwirken und einen wichtigen Beitrag zur gesamtwirtschaftlichen Ko-

1) Ein Drugstore ist ein Einzelhandelsbetrieb, der außer Drogeriewaren zahlreiche andere Warengruppen (wie z.B. Süßwaren, Zeitschriften, Schreibwaren, Spielwaren) führt und dem eine Gaststätte, zumindest eine Imbißstube angegliedert ist (vgl. Kommission zur Förderung der handels- und absatzwirtschaftlichen Forschung, op.cit., S. 22 f.). Diese Charakterisierung dürfte die Irrelevanz einer Warnung vor dem Drugstore für die deutsche Apotheke deutlich machen.

stensenkung im Gesundheitswesen leisten; denn prophylaktische Maßnahmen vermögen eine Therapie nicht selten zu ersetzen. Zudem entlastet aktives, vorbeugendes Gesundheitsverhalten der Bevölkerung durch Anwendung entsprechender Präparate, die selbst finanziert werden müssen, das Ausgabenbudget der Krankenkassen. Der in der vorliegenden Untersuchung erarbeitete Ansatz zu einem aktiven Apotheken-Marketing kann daher auch ein Baustein für die Entwicklung eines umfassenden Gesundheits-Marketing sein, dessen Notwendigkeit angesichts begrenzter Ressourcen auf der einen und des hervorragenden Stellenwertes der Gesundheit für jeden einzelnen auf der anderen Seite unbestritten ist.¹⁾

1) Vgl. hierzu die bisher weitgehend auf den anglo-amerikanischen Bereich beschränkten Ansätze von Kotler: Nonprofit-Organisationen, S. 301 ff.; Tucker, Stephen L.: Introducing Marketing as a Planning and Management Tool. In: Hospital & Health Services Administration, Vol. 22, Nr. 1 (Winter 1977), S. 37 ff.; MacStravic, Robin E.: Marketing Health Care, Germantown, Md. 1977; Cooper, Philip D./Maxwell, Richard B.: Marketing: Entry Points and Pitfalls. In: Hospital & Health Services Administration, Vol. 24, Nr. 3 (Summer 1979), S. 34 ff.; Flexner, William A./Berkowitz, Eric N.: Marketing Research in Health Services Planning: a Model. In: Public Health Reports, Vol. 94 (1979), No. 6, S. 503 ff.; Quelch, John A.: Marketing Principles and the Future of Preventive Health Care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, Vol. 58, No. 2 (1980), S. 310 ff.

ANHANG

Tabelle A1: Apothekenumsatz je Einwohner ohne Mehrwertsteuer in den Jahren 1950, 1960, 1970 und 1978, aufgegliedert nach Bundesländern (in DM) (1)

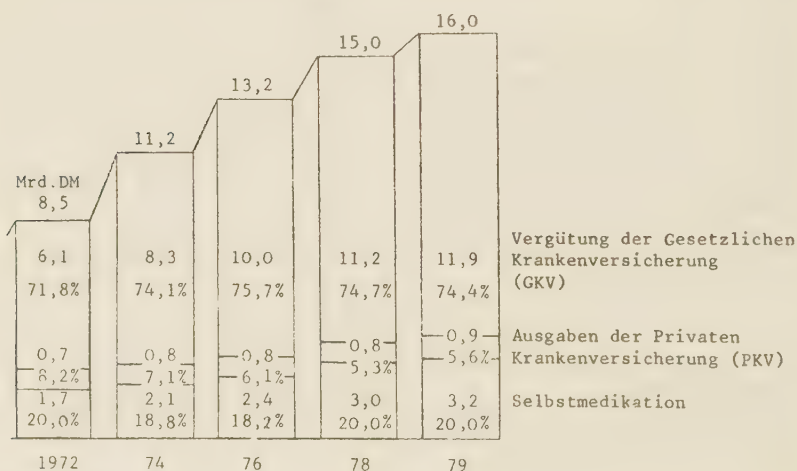
Bundesländer	1950	1960	1970	1978
Schleswig-Holstein	12,00	38,90	109,40	242,20
Hamburg	17,90	53,90	140,00	275,20
Niedersachsen	13,20	43,20	110,40	231,30
Bremen	17,00	48,10	134,10	281,20
Nordrhein-Westfalen	14,30	46,40	122,40	256,20
Hessen	16,90	47,70	119,10	258,50
Rheinland-Pfalz	14,90	44,10	119,00	259,40
Baden-Württemberg	16,30	44,60	116,00	240,00
Bayern	14,40	41,50	107,50	223,30
Saarland	.	43,70	116,50	267,50
Berlin (West)	21,30	53,30	132,60	270,40
Insgesamt (Durchschnitt)	15,00	45,20	117,40	246,30

1) Quelle: Menge, Robert G. (Bearb.): Apotheken in Zahlen, Apotheken-Report 19, hrsg. v. der ABDA, Frankfurt 1980, S. 12 (1950 und 1960 einschließlich Umsatzsteuer; 1970 und 1978 ohne Mehrwertsteuer).

Tabelle A2: Anzahl der umsatzsteuerpflichtigen Apotheken im Jahre 1978, aufgegliedert nach Umsatzgrößenklassen (ohne Mehrwertsteuer)(1)

Umsatzgrößenklasse von... bis unter... DM	absolut	Anteil in %
bis 100 000	1172	7,2
100 000 bis 250 000	571	3,5
250 000 bis 500 000	1421	8,7
500 000 bis 1 Mill.	7062	43,3
1 Mill. bis 2 Mill.	5467	33,5
über 2 Mill.	617	3,8
Insgesamt	16310	100,00

Abbildung A 1: Arzneimittelumsatz über öffentliche Apotheken 1972 bis 1979 (zu Endverbraucherpreisen inkl. MWSt. und Prozentanteilen von Kostenträgern) (2)



1) Quelle: Menge: Apotheken in Zahlen, S. 6.

2) Quelle: Rahner, Erwin: Do-it-yourself-Medizin. In: Medikament & Meinung, 4. Jg. (1981), Nr. 2, S. 3; Eigene Berechnungen.

Tabelle A3 : Marktvolumen und Wachstumsraten der 15 umsatzstärksten Arzneimittelgruppen im Vergleich.

Basis: Herstelleraabgabepreise	1970		1977			1979		
	Umsatz in Mio. DM	MA%	Umsatz in Mio. DM	MA%	Index 1970 = 100	Umsatz in Mio. DM	MA%	Index 1970 = 100
Gesamtmarkt								
öffentliche Apotheken (MA)	3 402	100	6 785	100	199	7 836	100	230
Teilmarkt der 15 größten Arzneimittelgruppen	1 944	57,1	3 756	55,5	193	4 225	54,0	217
davon:								
Antirheumatika	177	5,1	382	5,6	217	451	5,8	256
Periphere und cerebrale Vasodilatoren	94	2,7	325	4,8	344	400	5,1	424
Husten therapeutika	183	5,3	291	4,3	159	364	4,6	199
Antinfektiva	168	4,9	308	4,5	184	330	4,2	197
Psychopharmaka	136	4,0	296	4,4	219	343	4,4	253
Analgetika	156	4,5	278	4,1	179	316	4,0	203
Vasoprotektoren	162	4,7	277	4,1	172	304	3,9	188
Herzglykoside	145	4,2	263	3,9	182	252	3,2	174
Antihypertonika	78	2,3	225	3,3	189	244	3,1	314
Koronartherapeutika	110	3,2	224	3,3	104	265	3,4	241
Antidiabetika	137	4,0	231	3,4	169	252	3,2	184
Vitaminpräparate	136	4,0	200	3,0	147	213	2,7	157
Kortikoiddermatika-								
Kombinationen	91	2,6	154	2,3	170	171	2,2	189
Kontrazeptiva	77	2,2	153	2,3	200	175	2,2	228
Sedativa und Hypnotika	97	2,8	149	2,2	154	146	1,9	151

Quelle: pharma daten 80, S. 55

Berufsordnung
für Apotheker
der Apothekerkammer Nordrhein¹⁾
vom 27. September 1978

Dem Apotheker obliegt die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Hierdurch erfüllt er eine öffentliche Aufgabe. Der Apotheker übt einen seiner Natur nach freien Beruf aus.

§ 1

(1) Der Apotheker ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Er hat sich innerhalb und außerhalb seiner beruflichen Tätigkeit so zu verhalten, daß er diesem Vertrauen gerecht wird.

(2) Der Apotheker, der seinen Beruf ausübt, hat die Pflicht, sich beruflich fortzubilden und sich über die für seine Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten.

§ 2

Der Apotheker ist zur Verschwiegenheit über alle Vorkommnisse verpflichtet, die ihm in Ausübung seines Berufes bekannt werden. Darüber hinaus hat er alle unter seiner Leitung tätigen Personen, die nicht der Berufsordnung unterliegen, schriftlich zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

§ 3

Der Apotheker ist verpflichtet, die für die Ausübung seines Berufes geltenden Gesetze und Verordnungen sowie das Satzungsrecht der Kammer zu beachten und darauf gegründete Anordnungen und Richtlinien zu befolgen.

§ 4

Der Apotheker ist verpflichtet, bei der Ermittlung, Erkennung und Erfassung von Arzneimittelrisiken mitzuwirken. Er hat seine Feststellungen oder Beobachtungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker unverzüglich mitzuteilen. Die Meldepflicht nach § 7 Abs. 5 der Apothekenbetriebsordnung bleibt unberührt.

1) Die Berufsordnung der Apothekerkammer Nordrhein wurde nach den Kriterien der (zeitlichen) Aktualität und Vollständigkeit als Beispiel für sämtliche Berufsordnungen ausgewählt. Annähernd identisch sind die (neueren) Ordnungen der Kammern Schleswig-Holstein, Bremen, Niedersachsen, Westfalen-Lippe und Saarland; die (älteren) Berufsordnungen in Berlin, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Bayern befinden sich derzeit in Überarbeitung (vgl. Pieck: Apothekenwerbung, S.293); das Ergebnis dürfte nicht wesentlich von dem angeführten Beispiel abweichen.

§ 5

(1) Der Apotheker ist verpflichtet, sich gegenüber den Angehörigen seines Berufes kollegial zu verhalten. Der Apotheker hat die Interessen und das Ansehen des Betriebes, in dem er tätig ist, im und außer Dienst zu wahren.

(2) Der Apotheker hat einen nach § 9 Apothekergesetz geschlossenen Pachtvertrag einzuhalten.

§ 6

Der Apotheker ist verpflichtet, in Ausübung seines Berufes mit den Personen und Institutionen des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten. Unzulässig sind jedoch Vereinbarungen, Absprachen und schlüssige Handlungen, die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, Zuweisung von Verschreibungen oder die Abgabe von Arzneimitteln ohne volle Angabe der Zusammensetzung zum Gegenstand haben oder zur Folge haben können.

§ 7

Die Ausübung der Heilkunde, insbesondere die Ausübung dem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten verstößt gegen die Berufspflichten. Hiervon unberührt bleiben Beratungen, soweit diese zur Ausübung des Apothekerberufes erforderlich sind.

§ 8

Wettbewerb ist verboten, wenn er unlauter ist. Verboten ist ferner eine Werbung, die irreführend oder übertrieben wirkt sowie eine Werbung, die einen Mehrverbrauch oder Fehlgebrauch von Arzneimitteln begünstigt. Verboten sind insbesondere:

1. das Vortäuschen einer bevorzugten oder besonderen Stellung der eigenen Apotheke, der eigenen Person oder des Apothekenpersonals;
2. das Anwenden oder Dulden von Bezeichnungen beim Vertrieb oder Anpreisen von Arzneimitteln zu dem Zweck, die Bevorzugung einer bestimmten Apotheke zu erreichen;
3. Verträge, Absprachen und Maßnahmen, die bezwecken oder zur Folge haben können, andere Apotheken von der Belieferung oder der Abgabe von Arzneimitteln, apothekenüblichen Waren oder Informationsmaterial ganz oder teilweise auszuschließen;
4. das Überlassen von Ausstellungsflächen der Apotheke gegen Entgelt oder sonstige Leistungen;
5. der Verzicht auf das Einbehalten des Kostenanteils nach § 182 a RVO und der Hinweis darauf sowie das Festhalten eines Befreiungsbescheides einer Krankenkasse in der Apotheke;

6. das Gewähren von Zugaben und Zuwendungen jeglicher Art, soweit sie nicht durch das Wettbewerbsrecht, insbesondere die Zugabeverordnung gestattet sind sowie die kostenlose Abgabe von apothekenpflichtigen Arzneimitteln und der Ersatz von Parkgebühren;
7. Zuwendungen und Geschenke, insbesondere an Kunden, Angehörige anderer Heilberufe oder nicht ärztlicher Heilberufe, Kostenträger, Kurheime, Altenheime, Krankenanstalten und ähnliche Einrichtungen sowie deren Leiter und Mitarbeiter, soweit damit der Wettbewerb beeinflusst werden kann;
8. das Abgehen von den sich aus der Verordnung über Preisspannen für Fertig-arzneimittel ergebenden Festpreisen, insbesondere das Gewähren von Rabatten und sonstigen Preisnachlässen bei apothekenpflichtigen Fertig-arzneimitteln sowie die Werbung hierfür;
9. ortsfeste Hinweise auf die Apotheke außerhalb des Apothekengrundstücks, soweit sie nicht zum Aufsuchen der nächstgelegenen Apotheke erforderlich sind;
10. Einzelwerbung außerhalb der Apotheke, soweit sie nach Form, Inhalt oder Häufigkeit übertrieben wirkt.

§ 9

Diese Berufsordnung tritt am 1. Januar 1979 in Kraft...

LITERATURVERZEICHNIS

- Abel, Bodo: Kritischer Rationalismus und das Wertfreiheitsprinzip. In: Wissenschaftstheoretische Grundfragen der Wirtschaftswissenschaften, hrsg. v. Hans Raffée und Bodo Abel, München 1979, S. 215 ff.
- Adenauer, Georg/Balthasar, Rüdiger: Arzneimittelökonomik - Strukturgeschichte eines Marktes. In: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 2 (1977), S. 2 ff.
- Adlwarth, W.: Hat die Kosmetik in der Apotheke eine Chance? In: AJ, Heft 9/1980, S. 76 und S. 78.
- Ahlert, Dieter: Absatzförderung durch Absatzkredite an Abnehmer, Wiesbaden 1972.
- Albach, Horst: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft, dargestellt am Beispiel der Pharma-Industrie. In: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft - dargestellt am Beispiel der Pharma-Industrie, USW-Schriften für Führungskräfte Bd. 8, Wiesbaden 1976, S. 105 ff.
- Albert, Hans: Theorie und Prognose in den Sozialwissenschaften. In: Topitsch, Ernst (Hrsg.), Logik der Sozialwissenschaften, 10. Aufl., Königstein/Ts. 1980, S. 126 ff.
- Albert, Hans: Modell-Platonismus. Der neoklassische Stil des ökonomischen Denkens in kritischer Beleuchtung. In: Topitsch, Ernst (Hrsg.), Logik der Sozialwissenschaften, 10. Aufl., Königstein/Ts. 1980, S. 352 ff.
- Alewell, Karl: Absatzorganisation. In: HWO, 2. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla, Stuttgart 1980, Sp. 30 ff.
- Algermissen, Joachim: Der Handelsbetrieb. Eine typologische Studie aus absatzwirtschaftlicher Sicht, Zürich-Frankfurt/Main-Thun 1976.
- Anders, Hans-Jürgen: Analyse des Einkaufsverhaltens. In: Der Einzelhandel 1978/80 - Versuch einer Standortbestimmung, hrsg. v. der Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung (GfK), Nürnberg 1978, S. 3 ff.
- Angehrn, Otto: Unternehmer und betriebliche Marktforschung, Zürich und St. Gallen 1954 (Zitierweise: Marktforschung).
- Angehrn, Otto: Handelsmarken und Herstellermarken im Wettbewerb, Stuttgart 1969 (Zitierweise: Handelsmarken).
- Angelmar, Reinhard/Yon, Bernard: Marketing and Public Policy. In: Edgar Topritzhofer (Hrsg.), Marketing, Wiesbaden 1978, S. 519 ff.

- Aspinwall, Leo V.: The Characteristics of Goods Theory. In: Managerial Marketing: Perspectives and Viewpoints, rev.ed., hrsg. v. William Lazer and Eugene J. Kelley, Homewood Ill. 1962, S. 633 ff.
- Bätz, Klaus: Administrative Preispolitik öffentlicher Unternehmen, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 38, Baden-Baden 1979.
- Baier, Horst: Medizin im Sozialstaat - Medizinsoziologische und medizinpolitische Aufsätze, Stuttgart 1978.
- Bause, Karl: Vertriebs- (Absatz-)politik. In: HWB, 3. Aufl., hrsg. v. Hans Seischab und Karl Schwantag, Bd. IV, Stuttgart 1962, Sp. 5983 ff.
- Barrenstein, Peter: Die Kunst des Verkaufens. In: AJ, H. 6/1980, S. 69 f. und S. 79.
- Bartels, Robert: A Model for Ethics in Marketing. In: Lazer, William/Kelley, Eugene J., Social Marketing - Perspectives and Viewpoints, Homewood Ill. 1973, S. 204 ff.
- Barth, Klaus: Grundlagen der Personaleinsatzplanung im Einzelhandel. In: Distributionswirtschaft. Rudolf Seyffert zum 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968, S. 199 ff. (Zitierweise: Personaleinsatzplanung).
- Barth, Klaus: Die Warenpräsentation in Einzelhandelsunternehmen. In: Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln, hrsg. v. Edmund Sundhoff, 27. Jg. (1975), S. 93 ff. (Zitierweise: Warenpräsentation).
- Barth, Klaus: Handelsbetriebe, Organisation der. In: HWO, 2. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla, Stuttgart 1980, Sp. 813 ff.
- Batzer, Erich/Greipl, Erich/Laumer, Helmut/Meyerhöfer, Walter unter Mitarbeit von Greml, Richard: Marktstrukturen und Wettbewerbsverhältnisse im Einzelhandel, Berlin-München 1971.
- Bea, Franz Xaver: Kritische Untersuchungen über den Geltungsbereich des Prinzips der Gewinnmaximierung, Berlin 1968.
- Beckendorff, Helmut: Kann die Verschlechterung der betriebswirtschaftlichen Daten die Apothekenschwemme in der Bundesrepublik Deutschland bremsen? In: Pharm. Ztg., 125. Jg. (1980), S. 1153 ff.
- Behrends, Christian: Die Erfassung der betrieblichen Marktkonstellation, Schriften zur Handelsforschung Nr. 40, Köln und Opladen 1970.
- Behrens, Gerold/Schneider, Rolf/Weinberg, Peter: Messung der Qualität von Produkten - eine empirische Studie. In: Topritzhofer, Edgar (Hrsg.): Marketing, Wiesbaden 1978, S. 131 ff.

- Behrens, Karl Christian: Der Standort der Handelsbetriebe, Köln und Opladen 1965 (Zitierweise: Standort).
- Behrens, Karl Christian: Absatzwerbung, 2. Aufl., Wiesbaden 1976.
- Beier, Udo: Zum Abbau einseitiger Informationen in der Konsumwarenwerbung. In: Die Unternehmung, 29. Jg. (1975), S. 277 ff.
- Berberich, Hubert: Das wirtschaftliche Risiko des Unternehmers. In: DAZ, 119. Jg. (1979), S. 521 ff.
- Berekoven, Ludwig: Umsatzsteigerung durch gezielte Personalplanung. In: AJ, H. 2/1979, S. 61 ff.
- Berger, Matthias J.: Die Arzneimittelversorgung durch Apotheken, Berlin 1974.
- Berger, Sylvia: Ladenverschleiß (Store Erosion). Ein Beitrag zur Theorie des Lebenszyklus von Einzelhandelsgeschäften. In: IfH-Mitteilungen, hrsg. v. Edmund Sundhoff, 29. Jg. (1977), S. 89 ff.
- Bergler, Reinhold: Psychologie des Firmenbildes. In: Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz und Handel der Hochschule St. Gallen, Heinz Weinhold-Stünzi, Zürich 1978, S.43 ff.
- Bergmann-Krauss, Barbara: Freie Berufe im Sozialstaat. In: Medizin Mensch Gesellschaft, 6. Jg. (1981), S. 28 ff.
- Bernkopf, Günter: Welche Rechtsform soll man für die Apotheke wählen? In: AJ, H. 11/1979, S. 73 ff.
- Beske, Fritz: Unser Gesundheitswesen am Scheideweg, pharma dialog 51, hrsg. v. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Frankfurt/Main 1977.
- Beyer-Enke, Siegfried: "Handverkaufslehre" für Apotheker unerlässlich! In: Der Deutsche Apotheker, 28. Jg. (1976), S. 423 ff. (Zitierweise: Handverkaufslehre).
- Beyer-Enke, Siegfried: Sprechstunden des Apothekers. In: Der Deutsche Apotheker, 30. Jg. (1978), S. 447 ff. (Zitierweise: Sprechstunden).
- Bidlingmaier, Johannes: Unternehmerziele und Unternehmerstrategien, Wiesbaden 1964 (Zitierweise: Unternehmerziele).
- Bidlingmaier, Johannes: Zielkonflikte und Zielkompromisse im unternehmerischen Entscheidungsprozeß, Wiesbaden 1968 (Zitierweise: Zielkonflikte).
- Bidlingmaier, Johannes (Hrsg.): Modernes Marketing - Moderner Handel. Karl Christian Behrens zum 65. Geburtstag, Wiesbaden 1972.
- Bidlingmaier, Johannes: Marketing 1, Reinbek bei Hamburg 1973.
- Bidlingmaier, Johannes: Marketing 2, Reinbek bei Hamburg 1973.

- Bidlingmaier, Johannes: Einzelhandel, Betriebsformen des. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 526 ff.
- Bidlingmaier, Johannes: Kooperation im Handel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1124 ff.
- Bidlingmaier, Johannes/Schneider, Dieter J.G.: Ziele, Zielsysteme und Zielkonflikte. In: HWB, hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, 4. Aufl., Bd. 3, Stuttgart 1976, Sp. 4731 ff.
- Bielenstein, Christine: Am Ende einer Entwicklung? In: AP, 2. Jg. (1980), Nr. 1, S. 7 und S. 11.
- Biervert, Bernd: Marketing und Verbraucherpolitik. In: Meyer, Paul W./Hermanns, Arnold (Hrsg.), Praxisorientiertes Marketing, Stuttgart et al. 1976, S. 139 ff.
- Böcker, Franz: Die Analyse des Kaufverbunds - Ein Ansatz zur bedarfsorientierten Warentypologie. In: ZfbF, 27. Jg. (1975), S. 290 ff.
- Böhler, Hans: Die Kalkulation der Eigenfertigung in der Krankenhausapotheke. In: das Krankenhaus, 63. Jg. (1971), S. 451 ff.
- Böventer, Edwin von: Bemerkungen zur optimalen Standortpolitik der Einzelunternehmung. In: Gestaltungsprobleme der Weltwirtschaft, Andreas Predöhl zum 70. Geburtstag, hrsg. v. Harald Jürgensen, Göttingen 1964, S. 440 ff.
- Bohl, Johannes: Die Apotheke als offene Handelsgesellschaft. In: DAZ, 119. Jg. (1979), S. 524 ff.
- Bonus, Holger: Ordnungspolitische Aspekte öffentlicher Güter. In: Helmstädter, Ernst (Hrsg.), Neuere Entwicklungen in den Wirtschaftswissenschaften, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 98, Berlin-München 1978, S. 51 ff.
- Borden, Neil H.: The Concept of the Marketing Mix. In: Kelley, Eugene J./Lazer, William: Managerial Marketing: Perspectives and Viewpoints, 3. ed., Homewood, Ill. 1967, S. 109 ff.
- Boulding, Kenneth E.: The Concept of Need for Health Services. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44 (1966) Part two, p. 202 ff.
- Bowersox, Donald J.: Logistical Management, New York-London 1974.
- Brannekämper, Edith: Das Warenzeichen in der pharmazeutischen Industrie. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelting o. J. (1974), S. 60 ff.
- Braun, Harro, Interview zum Thema: Liegt die Zukunft der Apotheke im Ergänzungssortiment?, abgedruckt in: Pharm. Rundschau, Sonderausgabe zum Deutschen Apothekertag 1980, S. 18 ff.

- Braun, Harro: Lippenstifte - wirklich tabu? In: BAZ, 1. Jg. (1980), Nr. 12, S. 2 ff.
- Brennecke, Ralph: Mikroanalytische Gesundheitsstrukturen: Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und Arzt-Individuum-Beziehungen. In: Ökonomie und Strategie der medizinischen Versorgung, Schriftenreihe Strukturforchung im Gesundheitswesen Bd. 8, hrsg. v. Fred Eggeling, Berlin 1978, S. 33 ff.
- Britsch, Walter: Marketing bei kleinen und mittleren Unternehmen des Handels. In: Bidlingmaier, Johannes (Hrsg.): Modernes Marketing - Moderner Handel. Karl Christian Behrens zum 65. Geburtstag, Wiesbaden 1972, S. 50 ff.
- Bruhn, Manfred: Das soziale Bewußtsein von Konsumenten, Wiesbaden 1978.
- Bruppacher, R.: Die Bedeutung der Medikamente für die Gesundheit unserer Bevölkerung. In: Sozial- und Präventivmedizin, 25. Jg. (1980), S. 10 ff.
- Bsonek, Klaus: Der Apotheker - auch ein Pilzberater ...? In: DAZ, 120. Jg. (1980), S. 2448 ff.
- Buddeberg, Hans: Handelsbetriebslehre, Essen 1957.
- Buddeberg, Hans: Betriebslehre des Binnenhandels, Wiesbaden 1959 (Zitierweise: Binnenhandel).
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): pharma jahresbericht 77/78, Frankfurt/Main 1978.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): pharma daten 79. 9. Aufl., Frankfurt/Main 1979 (Zitierweise: pharma daten 79).
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.): pharma daten 80, 10. Aufl., Frankfurt/Main 1980 (Zitierweise: pharma daten 80).
- Bunge, Helmut: Geplante Standorte für Einzelhandels- und Handwerksbetriebe, Bonn 1970.
- Busold, Ernst-Adolf: Moderne Einzelhandelswerbung, München 1961.
- Castan, Edgar: Typologie der Betriebe, Stuttgart 1963.
- Chenau-Repond, Julius: Der Apotheker als Kaufmann, Stuttgart 1909.
- Chmielewicz, Klaus: Forschungskonzeptionen der Wirtschaftswissenschaft, 2. Aufl., Stuttgart 1979.
- Christaller, Walter: Die zentralen Orte in Süddeutschland, 2. Aufl., Darmstadt 1968.

- Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU): Freiheit und Solidarität, Gesundheitspolitisches Programm der CDU, Bonn o.J.
- Clasen, Earl A.: Marketing Ethics and the Consumer. In: Lazer, William/Kelley, Eugene J.: Social Marketing - Perspectives and View-points, Homewood Ill. 1973, S. 192 ff.
- Cooper, Philip D./Maxwell, Richard B.: Marketing: Entry Points and Pitfalls. In: Hospital & Health Services Administration, Vol. 24, Nr. 3 (Summer 1979), S. 34 ff.
- Copeland, Peter: The Revolution in Interior Store Design. In: Gist, Ronald R., Management Perspectives in Retailing, New York-London-Sydney 1967, S. 152 ff.
- Cox, Keith K.: The Effect of Shelf Space Upon Sales of Branded Products. In: JMR, Vol. 7 (February 1970), S. 55 ff.
- Cristofolini, Peter M./Thies, Gerhard: Verkaufsförderung, Berlin-New York 1979.
- Cyran, Walter/Luckenbach, Werner/Hügel, Herbert: Apothekenbetriebsordnung - Kommentar, 3. Aufl. mit 2. Ergänzungslieferung, Stand: August 1980, Stuttgart 1980.
- Dähne, Helmut: Verkaufsflächeninterne Standortplanung, Wiesbaden 1977.
- Dalrymple, Douglas J.: Quantitative Methods of Measuring Merchandising Performance in Selected Department Stores. In: Gist, Ronald R., Management Perspectives in Retailing, New York-London-Sydney 1967, S. 354 ff.
- Danner, Heinrich: Apotheken und Arzneiverkehr. In: HdSW, 1. Bd., hrsg. v. Erwin v. Beckerath et al., Stuttgart-Tübingen-Göttingen 1956, S. 218 ff.
- Darscheid, Karl: Paragraphen-Dschungel lähmt Dynamik. In: Pharm. Ztg., 124. Jg. (1979), S. 636 ff.
- Dawson, Leslie M.: Das Human-Konzept: Eine neue Unternehmensphilosophie. In: Fischer-Winkelmann, Wolf F./Rock, Reinhard (Hrsg.), Markt und Konsument, Teilband II: Kritik an der Marketing-Theorie, München 1976, S. 135 ff.
- Deyhle, Albrecht: Wie attraktiv ist das Randsortiment für die Apotheke? In: AJ, Nr. 3/1979, S. 13 ff.
- Dichtl, Erwin: Über Wesen und Struktur absatzpolitischer Entscheidungen, Berlin 1967.
- Dichtl, Erwin: Die Betriebsbereitschaft im Einzelhandel als Optimierungsproblem. In: FfH-Mitteilungen, N.F., Nr. X/12, Dezember 1969, S. 1 ff.
- Dichtl, Erwin: Grundzüge der Binnenhandelspolitik, Stuttgart-New York 1979 (Zitierweise: Binnenhandelspolitik).

- Dichtl, Erwin/Beeskow, Werner/Finck, Gerhard: Versorgungsprobleme von Verbrauchern. Ein empirischer Stadt-Land-Vergleich. In: Handelsforschung heute. Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Forschungsstelle für den Handel, Schriftenreihe der Forschungsstelle für den Handel, Dritte Folge Nr. 7, Berlin 1979, S. 179 ff.
- Dinger, Ingo: Ergänzungssortiment quo Vadis? Bericht über eine Fortbildungsveranstaltung des Apothekervereins Nordrhein am 9. März 1980. In: DAZ, 120. Jg. (1980), S. 910 ff.
- Dinnendahl, Volker: Die Aufgaben des Offizinapothekers auf dem Gebiet der patientenorientierten Pharmazie. In: Pharm. Ztg., 123. Jg. (1978), S. 1507 ff.
- Doerper, F.: Rechtsgutachten zur Frage der Apothekenüblichkeit von Dekoratивkosmetika, abgedruckt in: BAZ, 2. Jg. (1981), Heft 2, S. 13 ff. und Heft 3, S. 19 f.
- Dolder, Rolf: Arzneimittelsicherheit durch Beratung. In: DAZ, 115. Jg. (1975), S. 1707 ff.
- Dorn, Friedrich: Die Problematik der Arzneimittelabgabe und die Stellung von Apotheke, Drugstore und Drogerie, Diss. St. Gallen 1970.
- Düttmann, Renate: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 19, Baden-Baden 1978.
- Duncan, Delbert J./Phillips, Charles F.: Retailing - Principles and Methods, 7. ed., Homewood, Ill. 1967.
- Eberhardt, Helmut: Computer-Einsatz in Apotheken: "Besser eine vernünftige Diät als unkontrollierte Völlerei". In: Pharm. Ztg., 125. Jg. (1980), S. 400 ff.
- Eckardstein, Dudo von/Schnellinger, Franz: Personalmarketing im Einzelhandel, Berlin 1971.
- Eckstein, Richard: Grundlagen des Heilmittelabsatzes in öffentlichen Apotheken, Diss. Nürnberg 1955.
- Eggert, Helmut: Kundenlauf-Studien. In: Selbstbedienung, Heft 7/1961, S. 6 ff.
- Eichhorn, Peter: Sozialbilanzen - Öffentlichkeitsarbeit und öffentliche Kontrolle - Gesellschaftsbezogene Unternehmensrechnung. In: Gemeinwirtschaft, 19. Jg. (1980), S. 26 ff.
- Einberger, Claus: Die Apotheke im Krankenhaus: Aufgaben und Organisation. In: das Krankenhaus, 72. Jg. (1980), H. 10, S. 382 ff.
- Eisenbarth, Alfred: Bedeutung und Problematik des Sonderangebots im Einzelhandel, Diss. München 1968.

- Eiteneyer, Helmut: Social-Marketing - Unternehmensphilosophie öffentlicher Unternehmungen. In: ZfbF, 29. Jg. (1977), S. 303 ff.
- Eiteneyer, Helmut/Meissner, Hans Günther (Hrsg.): Marketing öffentlicher Unternehmungen, Dortmund 1978.
- Engel, James F./Kollat, David T./Blackwell, Roger: Consumer Behavior, New York et al. 1968.
- Engelhard, Karl Michael: Der Apotheker muß zum Hausapotheker werden. In: AJ, Nr. 2/1979, S. 56 ff.
- Engelhardt, Werner Hans: Preisuntergrenzen. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 3049 ff.
- Engelhardt, Werner Hans: Wandel der Marketing-Strategien im Bereich der Distribution. In: Handelsforschung heute. Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Forschungsstelle für den Handel, Schriftenreihe der Forschungsstelle für den Handel, Dritte Folge Nr. 7, Berlin 1979, S. 103 ff.
- Engelhardt, Werner Wilhelm: Morphologie der Absatzwirtschaft: In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1504 ff.
- Esenwein-Rothe, Ingeborg: Über die Möglichkeiten einer Quantifizierung von Standortqualitäten. In: Gestaltungsprobleme der Weltwirtschaft, Andreas Predöhl zum 70. Geburtstag, hrsg. v. Harald Jürgensen, Göttingen 1964, S. 492 ff.
- Eynern, Gert von: Das öffentlich gebundene Unternehmen. In: Archiv für öffentliche und freigemeinwirtschaftliche Unternehmen, Bd. 4, 1958, hrsg. v. Gerhard Weisser, Göttingen 1959, S. 1 ff.
- Eynern, Gert von: Gemeinwirtschaftliche Bindung von Unternehmen, Schriftenreihe Gemeinwirtschaft Nr. 17, Frankfurt/Main-Köln 1975 (Zitierweise: Bindung).
- Falk, Bernd R./Wolf, Jakob: Handelsbetriebslehre, 5. Aufl., München 1979.
- Falk, Franz: Die Apotheke als kaufmännischer Betrieb, Diss. Frankfurt/Main 1934.
- Feger, Benedikt: Babytee und Kindertee - Arzneimittel oder Lebensmittel? In: Der Deutsche Apotheker 1979, Heft 2, Sonderdruck.
- Fischer-Winkelmann, Wolf F.: Methodologie der Betriebswirtschaftslehre, München 1971.
- Fischer-Winkelmann, Wolf F.: Marketing. Ideologie oder operale Wissenschaft?, München 1972.
- Fischer-Winkelmann, Wolf F./Rock, Reinhard (Hrsg.): Markt und Konsument. Zur Kritik der Markt- und Marketing-Theorie. Teilband I: Kritik der Markttheorie, München 1975.

- Fischer-Winkelmann, Wolf F./Rock, Reinhard (Hrsg.): Markt und Konsument. Zur Kritik der Markt- und Marketing-Theorie, Teilband II: Kritik der Marketing-Theorie, München 1976.
- Flamm, Heinz/Kunze, Manfred J./Gredler, Brigitte/Kunze, Michael: Apotheken in Wien. Standorte, Einzugsbereiche, Inanspruchnahme, hrsg. v. Institut für Stadtforschung, Wien 1975.
- Flexner, William A./Berkowitz, Eric N.: Marketing Research in Health Services Planning: a Model. In: Public Health Reports, Vol. 94 (1979), No. 6, S. 503 ff.
- Frank, Ronald E./Massy, William F.: Shelf Position and Space Effects on Sales. In: JMR, Vol. 7 (February 1970), S. 59 ff.
- Franzen, Karlheinz/Nettesheim, Horst-E.: Betriebswirtschaftslehre für Apotheker, Stuttgart 1976.
- Freidson, Elliot: Dominanz der Experten - Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung, hrsg. und übersetzt v. J.J. Rohde, Medizin und Sozialwissenschaften 3, München 1975.
- Freie Demokratische Partei Deutschlands (F.D.P.): Gesundheitspolitisches Programm der F.D.P., Bonn o.J.
- Frese, Erich: Personalplanung. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Stuttgart 1975, Sp. 2937 ff.
- Fresenius, Werner: Freiverkäufliche Arzneimittel, Stuttgart 1978.
- Fricke, Klaus: Die Kreditgewährung als absatzpolitisches Instrument im Einzelhandel - unter besonderer Berücksichtigung der Kreditkarte, Diss. München 1971.
- Frieling, Heinrich: Visualisierung. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelting o.J. (1974), S. 66 ff.
- Friesewinkel, Harald/ Abt, René: Das Pharmazeutische Marketing, Kulmbach 1976.
- Fuchs-Wegner, Gertrud: Management-Prinzipien und -Techniken. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 2, Stuttgart 1975, Sp. 2571 ff.
- Funke, Jürgen: "Ein leicht zu handhabendes Instrument..." In: AP, 3. Jg. (1981), Nr. 3, S. 6.
- Gabor, André/Granger, Clive: The Attitude of the Consumer to Prices. In: Pricing Strategy, hrsg. v. Bernard Taylor and Gordon Wills, London 1969, S. 132 ff.
- Gaede, Bertold: Apothekenwerbung - wohin? In: AP, 3. Jg. (1981), Nr. 4, S. 8.
- Gaedeke, Ralph M.: Marketing in gemeinnützigen Organisationen. In: Falk, Bernd (Hrsg.): Dienstleistungsmarketing, Landsberg am Lech 1980, S. 167 ff.

- Gaugler, Eduard: Personalwesen in der Absatzwirtschaft. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1599 ff.
- Geissler, Brigitte: Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Geissler, Brigitte/Thoma, Peter (Hrsg.): Medizinsoziologie, 2. Aufl., Frankfurt-New York 1979, S. 228 ff.
- Gerlach, Hein-Adolf: Die Verbraucher-Märkte/- ein neuzeitliches Distributionssystem im Einzelhandel der Bundesrepublik Deutschland, Diss. St. Gallen 1976.
- Gerth, Ernst: Betriebswirtschaftliche Absatz- und Marktforschung, Wiesbaden 1970.
- Gerth, Ernst: Marktforschung für Klein- und Mittelbetriebe. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1349 ff.
- Geßner, Hans-Jürgen: Werbung für Arzneimittel. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 835 ff.
- Gist, Ronald R.: Management Perspectives in Retailing, New York-London-Sydney 1967 (Zitierweise: Perspectives).
- Gist, Ronald R.: Retailing: Concepts and Decisions, New York-London-Sydney 1968 (Zitierweise: Retailing).
- Gnann, Gert: Die Problematik des persönlichen Verkaufens im besonderen im Umgang mit dem Letztkauf, Berlin 1958.
- Grab, Ernst: Die Marktziele im Zielsystem der Einzelhandels-Unternehmung, Diss. Freiburg/Schweiz 1973, Bamberg 1973.
- Grabowski, Henry G.: Arzneimittel: Staatliche Kontrolle und Innovation, hrsg. v. d. Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V., Frankfurt/Main 1977.
- Grebmer, K. von: Wirtschaftliche Aspekte des Medikamentengebrauchs. In: Sozial- und Präventivmedizin 25. Jg. (1980), S. 29 ff.
- Greipl, Erich: Wettbewerbssituation und -entwicklung des Einzelhandels in der Bundesrepublik Deutschland, IFO - Institut für Wirtschaftsforschung Nr. 96, Berlin-München 1978.
- Grether, E.T.: Marketing and Public Policy. In: Managerial Marketing, Perspectives and Viewpoints, hrsg. v. Eugene J. Kelley and William Lazer, 3. ed., Homewood, Ill. 1967, S. 65 ff.
- Griesmeyer, Jürgen: SB-Gerechte Placierung von Verkaufshilfen. In: absatzwirtschaft, Heft 21/1970, S. 53 ff.
- Grimm, Doris: Zur Psychologie des Handverkaufsgesprächs. In: pta in der praktischen Pharmazie, 7. Jg. (1978), H. 2, S. 59 ff.
- Gross, Herbert/Hadorn, Hans/Job, Alois et al.: Marketing im Handel, Schriftenreihe der Forschungsstelle für den Handel an der Handels-Hochschule St. Gallen, Bern 1962.

- Groß, Herbert: Marketing heute und morgen. In: Gross/Hadorn/Job et al., Marketing im Handel, Bern 1962, S. 99 ff.
- Gross, Herbert: Franchising im Handel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 612 ff.
- Grün, Oskar: Zielbildung, Prozesse der. In: HWB, hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, 4. Aufl., Bd. 3, Stuttgart 1976, Sp. 4719 ff.
- Gubitz, Hermann: Der Apotheker als Erzieher zur Gesundheit und als Informant über Arzneimittel. In: DAZ, 112. Jg. (1972), S. 957 ff.
- Gümbel, Rudolf: Die Sortimentspolitik in den Betrieben des Wareneinzelhandels, Köln und Opladen 1963 (Zitierweise: Wareneinzelhandel).
- Gümbel, Rudolf: Sortimentspolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1884 ff.
- Gümbel, Rudolf/Brauer, Karl M./Liebmann, Hans-Peter/Müller-Hagedorn, Lothar: Unternehmensforschung im Handel, Rüschlikon-Zürich 1969.
- Günther, Eberhard: Wettbewerbspolitik für den Pharmamarkt. In: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft - dargestellt am Beispiel der Pharmaindustrie, USW-Schriften für Führungskräfte Bd. 8, Wiesbaden 1976, S. 73 ff.
- Gutenberg, Erich: Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, 1. Bd., Die Produktion, 23. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1979 (Zitierweise: Die Produktion).
- Gutenberg, Erich: Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, 2. Bd., Der Absatz, 16. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1979 (Zitierweise: Der Absatz).
- Haas, Dieter: Sortimentsprobleme der Apotheke, unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität München 1964.
- Häuser, Karl: Bedürfnis, Bedarf, Gut, Nutzen. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 1, Stuttgart 1974, Sp. 449 ff.
- Hafner, S.: Absatzpolitik. In: Falk, Bernd/Wolf, Jakob, Handlexikon für Handel und Absatz, München 1979, S. 25 ff.
- Hahne, Dietrich: Marketing in Entwicklungsländern, Diss. München 1979.
- Hamacher, Bernd: Kassenärztliche Bedarfsplanung und medizinische Versorgungsregionen - Ein Beitrag zur Konstruktion homogener Regionen medizinischer Versorgung. In: Ökonomie und Strategien der medizinischen Versorgung, Schriftenreihe Strukturforchung im Gesundheitswesen Bd. 8, hrsg. v. Fred Eggeling, Berlin 1978, S. 113 ff.

Hamm, Walter: Kollektiveigentum, Heidelberg 1961.

Hammann, Peter: Sekundärleistungspolitik als absatzpolitisches Instrument.
In: Neuere Ansätze der Marketingtheorie, Festschrift zum 80. Geburtstag von Otto R. Schnutenhaus, hrsg. v. Peter Hammann, Werner Kroeber-Riel und Carl W. Meyer, Berlin 1974, S. 135 ff.

Hammann, Peter: Modelle zur Preispolitik. In: Hansen, Hans-Robert (Hrsg.): Computergestützte Marketing-Planung, München 1974, S. 198 ff.

Hammann, Peter: Buchbesprechung zu Eugen Leitherer, Betriebliche Markt-
lehre. In: ZfB, 49. Jg. (1979), S. 555 ff.

Hammann, Peter/Erichson, Bernd: Marktforschung, Stuttgart-New York 1978.

Hannse, Heinz: Arzneimittelpreise - mit dem Rechenstift. In: Praktiziertes
Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelfing o. J.
(1974), S. 91 ff.

Hansen, Peter: Die handelsgerichtete Absatzpolitik der Hersteller im Wett-
bewerb um den Regalplatz - Eine aktionsanalytische Untersuchung,
Berlin 1972.

Hansen, Ursula: Absatz- und Beschaffungsmarketing des Einzelhandels, 2
Bände, Göttingen 1976 (Zitierweise: Einzelhandelsmarketing).

Hansen, Ursula/Algermissen, Joachim: Handelsbetriebslehre 2, Taschenlexikon,
Göttingen 1979.

Hansen, Ursula/Leitherer, Eugen: Produktgestaltung, Stuttgart 1972.

Hanusch, Horst/Reichhardt, Raimund M.: Marketing - Eine Konzeption für
Markt und Staat? In: Archiv für öffentliche und freigemein-
nützige Unternehmen - Jahrbuch für nichterwerbswirtschaftliche
Betriebe und Organisationen (Nonprofits), Bd. 11, Göttingen 1979,
S. 49 ff.

Hartmann, Bernhard: Die Lösung absatzpolitischer Probleme mit Hilfe von
Management-Informationen-Systemen. In: Neuere Ansätze der
Marketingtheorie, Festschrift zum 80. Geburtstag von Otto R.
Schnutenhaus, hrsg. v. Peter Hammann, Werner Kroeber-Riel und
Carl W. Meyer, Berlin 1974, S. 55 ff.

Hasan-Boehme, Ursula: Personalstruktur in Apotheken. In: Pharm. Ztg.,
122. Jg. (1977), S. 563 ff.

Hauschildt, Jürgen: Die Absatzpolitik der Energieversorgungsunternehmen im
Spannungsfeld von Gewinnstreben und öffentlichen Leistungsan-
sprüchen, Tübingen 1964 (Zitierweise: Absatzpolitik).

- Hauschildt, Jürgen: Zur Artikulation von Unternehmenszielen. In: ZfbF 22. Jg. (1970), S. 545. ff. (Zitierweise: Artikulation).
- Hauschildt, Jürgen: Zielsysteme. In: HWO, 2. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla, Stuttgart 1980, Sp. 2419 ff.
- Hauzeneder, Rainer: Der Sortimentsverbund im Einzelhandel, Diss. München 1975.
- Hax, Karl: Die Öffentliche Unternehmung in der Marktwirtschaft. In: Wandlungen der Staatswirtschaft in Theorie und Praxis. Festschrift für Hans Ritschl. Finanzarchiv, hrsg. von Fritz Neumark, N.F. Bd. 27, Heft 1-2, Tübingen 1968, S. 37 ff.
- Hebel, Hans: Nebensortiment - große Freiwahl - Drugstore. In: Pharm.Ztg., 125. Jg. (1980), S. 1874.
- Hecht, Gusti: Die architektonische Gestaltung des Einzelhandelsraumes. In: Handbuch des Einzelhandels, hrsg. v. Rudolf Seyffert, Stuttgart 1932, S. 269 ff.
- Hecker, Wulf: Kurzfristige Erfolgsrechnung im Einzelhandel, Stuttgart 1968.
- Heger, Heinz: Kalkulation im Handel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 966 ff.
- Heinemann, Michael: Einkaufsstättenwahl und Firmentreue des Konsumenten, Wiesbaden 1976.
- Heinen, Edmund: Käufersouveränität. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 951 ff.
- Heinen, Edmund: Grundlagen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen. Das Zielsystem der Unternehmung, 3. Aufl., Wiesbaden 1976 (Zitierweise: Zielsystem).
- Heinen, Edmund: Die Zielfunktion der Unternehmung. In: Heinen, Edmund, Grundfragen der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre, München 1976, S. 13 ff. (Zitierweise: Zielfunktion).
- Heinen, Edmund: Die betriebswirtschaftlichen Ziele. In: Heinen, Edmund, Grundfragen der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre, München 1976, S. 109 ff.
- Heinen, Edmund: Zur empirischen Analyse des Zielsystems der Unternehmung durch Kennzahlen. In: Heinen, Edmund, Grundfragen der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre, München 1976, S. 161 ff.
- Heinen, Edmund: Wissenschaftsprogramm der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre. In: Heinen, Edmund, Grundfragen der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre, München 1976, S. 364 ff.
- Heinen, Edmund: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, 7. Aufl., Wiesbaden 1980.

- Heinrich, R.: Apothekers "Sprechstunde"? In: DAZ, 119. Jg. (1979), S. 1341 ff.
- Heiser, Horst: Variable Arbeitszeit in der Apotheke. In: DAZ, 116. Jg. (1976), S. 401 ff.
- Hendricks, R.J.: Werbung in Apotheken: Apotheker kann Terrain zurückerobern. In: AP, 3. Jg. (1981), Nr. 7, S. 4.
- Henseler, Reinhold: Imagepolitik in Betrieben des mittelständischen Facheinzelhandels, Göttingen 1978.
- Herder-Dorneich, Philipp: Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre Steuerung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, hrsg. v. der Bundeszentrale für politische Bildung, Nr. B 16/76, Bonn 1976, S. 3 ff.
- Herder-Dorneich, Philipp: Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen - Die Kostenexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung, Köln-Opladen 1976 (Zitierweise: Gesundheitswesen).
- Herder-Dorneich, Philipp: Arzneimittelökonomik - Ein Nicht-Markt-System und seine Steuerung. In: Medizin Mensch Gesellschaft, Bd. 2 (1977), S. 8 ff. (Zitierweise: Arzneimittelökonomik).
- Herder-Dorneich, Philipp: Zur Ökonomik der Selbstmedikation, hrsg. v. Bundesfachverband der Heilmittelindustrie e.V., Köln o. J. (1977).
- Herder-Dorneich, Philipp: Gesundheitsökonomik - Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980 (Zitierweise: Gesundheitsökonomik).
- Hermannsdörfer, Karlheinz F.: Produktpolitik der Pharma-Industrie, unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität München 1970.
- Hermes, Günter: Wählen Sie sich Ihren "Hausapotheker". In: Neue Apotheken Illustrierte, Nr. 4/1979, o. S.
- Herold, G.: Zur Zulässigkeit von Komparativ- und Superlativwerbung. In: DAZ, 119. Jg. (1979), S. 1410 f.
- Hesse, Jürgen: Marketingziel- und Marketingstrategieentscheidungsprozeß. In: Meyer, Paul W./Hermanns, Arnold (Hrsg.), Praxisorientiertes Marketing, Stuttgart et al. 1976, S. 104 ff.
- Hesselschwerdt, Bernd: Die optimale Gestaltung der physischen Distribution - Ein Beitrag zur Analyse und zum Einsatz von Distributionsleistungen in der Absatzpolitik, Diss. Mannheim 1974.
- Heyde, Klaus: Beschaffung als Kontrapunkt der Absatzwirtschaft in der Unternehmung. In: Die informierte Unternehmung, hrsg. v. Hans Rühle von Lilienstern, Berlin 1972, S. 167 ff.

- Hill, Wilhelm: Marketing 1, 4. Aufl., Bern und Stuttgart 1977.
- Hill, Wilhelm: Marketing 2, 4. Aufl., Bern und Stuttgart 1977.
- Hilpert, Wilhelm: Wenn die Apotheke weit entfernt ist. In: SZ, Nr. 104 vom 15.5.1980, S. 14.
- Höhl, Johanna: Die Einrichtungsgestaltung. In: AJ, H. 8/1980, S. 64 ff.
- Hoffmann, Bernd: "Ich kenne keine Standesrichtlinien als Orientierungshilfe...". In: AP, 3. Jg. (1981), S. 10.
- Hoffmann, Klaus: Der Bedarf an Konkurrenzinformationen in der langfristigen Absatzplanung, In: IfH-Mitteilungen, hrsg. v. Edmund Sundhoff und Fritz Klein-Blenkers, 32. Jg. (1980), S. 37 ff.
- Hoffmann, Peter (Hrsg.): Praktiziertes Pharma-Marketing. Sonderband aus Medizin und Werbung, Zeitschrift für Pharma-Information und Pharma-Aussendienst, Gräfelting o. J. (1974).
- Holscher, Claus: Präsentation im Einzelhandel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1638 ff.
- Holscher, Helmut: Dem Apotheker wachsen neue Aufgaben zu. In: DAZ, 117. Jg. (1977), S. 2045 ff.
- Hoppmann, Erich: Die Abgrenzung des relevanten Marktes im Rahmen der Mißbrauchsaufsicht über marktbeherrschende Unternehmen, dargestellt am Beispiel der Praxis des Bundeskartellamtes bei Arzneimitteln, Baden-Baden 1974.
- Horn, Werner: Apothekenbetrieb. In: HWB, hrsg. v. Heinrich Nicklisch, Bd. 1, Stuttgart 1926, Sp. 188 ff.
- Hügel, Herbert (Bearb.): Apotheker-Jahrbuch 1978, Stuttgart 1978.
- Hügel, Herbert (Bearb.): Apotheker-Jahrbuch 1980, Stuttgart o.J. (1980).
- Huff, David L.: Defining and Estimating a Trading Area. In: Ronald R. Gist, Management Perspectives in Retailing, New York-London-Sydney 1967, S. 195 ff.
- Hundhausen, Carl: Über die Grenzen zwischen Wirtschaftswerbung und Public Relations. In: ZfB, 21. Jg. (1951), S. 333 ff.
- Hundhausen, Carl: Wirtschaftswerbung, Berlin 1971.
- Ihde, Gösta B.: Logistik, Stuttgart 1972.
- Ihde, Gösta B.: Physische Distribution. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1617 ff.
- Ihde, Gösta B.: Distributions-Logistik, Stuttgart-New York 1978.

- Jaeck, Horst-Joachim: Marktforschung, regionale. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1368 ff.
- Jackowski, Bernhard: Da stimmt doch überhaupt nichts! In: AP, 3. Jg. (1981), Nr. 3, S. 6.
- Jäger, Peter: Probleme und Möglichkeiten einer mit sozialen Kosten und Nutzen erweiterten Erfolgswürdigung öffentlicher Betriebe des Personen-Nahverkehrs, Diss. München 1974.
- Jäger, Peter: Die öffentlich-wirtschaftliche Sicht. In: Das öffentliche Haushaltswesen in Österreich, 18. Jg. (1977), S. 21 ff.
- Jäger, Peter: Das öffentlich-wirtschaftliche Dienstprinzip. In: Archiv für öffentliche und freigemeinnützige Unternehmen - Jahrbuch für nichterwerbswirtschaftliche Betriebe und Organisationen (Nonprofits), Bd. 11, Göttingen 1979, S. 89 ff. (Zitierweise: Dienstprinzip).
- Jakob, Herbert: Preispolitik, 2. Aufl., Wiesbaden 1971.
- Jaspert, Friedrich: Zur Frage der Verkettung von Ware und Betrieb in der Absatzwerbung. In: Distributionswirtschaft. Rudolf Seyffert zu seinem 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968, S. 281 ff.
- Job, Alois: Die Problematik des Marketing im selbständigen Einzelhandel. In: Gross/Hadorn/Job et al. Marketing im Handel, Bern 1962, S. 87 ff.
- Johannsen, Uwe: Image. In: HWA hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 809 ff.
- Kade, Gerhard: Die Grundannahmen der Preistheorie, Berlin und Frankfurt/Main 1962.
- Kästing, Friederike: Gemeinschaftswerbung als Wettbewerbsmittel. In: Distributionswirtschaft. Rudolf Seyffert zu seinem 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968, S. 267 ff. (Zitierweise: Gemeinschaftswerbung).
- Kästing, Friederike: Werbung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2241 ff.
- Kaiser, Hans (Hrsg.): Der Apothekerpraktikant, Lehrbuch für die Ausbildung des deutschen Apothekerpraktikanten, 7. Aufl., Stuttgart 1957.
- Kalussis, Demetre: Betriebslehre des Einzelhandels, Köln und Opladen 1960 (Zitierweise: Betriebslehre).
- Kalussis, Demetre: Marktorientierte Absatzpolitik, Wien, New York 1970 (Zitierweise: Absatzpolitik).
- Kamen, Joseph M./Toman, Robert J.: Psychophysics of Prices. In: JMR, Vol. 7 (February 1970), S. 27 ff.

- Kapferer, Clodwig: Marktdaten, statistische. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1328 ff.
- Kapferer, Clodwig/Disch, Wolfgang K.A.: Absatzwirtschaftliche Produktpolitik, Köln-Opladen 1967.
- Karte, Wolfgang: Selektive Absatzpolitik und Diskriminierungsverbot. In: Bericht zum Wettbewerbskongreß München 1977: Freiheit und Fairneß im Wettbewerb - Chance für einen leistungsfähigen Mittelstand, hrsg. v. Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr, o.O. (München), o. J. (1977), S. 91 ff.
- Katona, George: Die Macht des Verbrauchers, Düsseldorf-Wien 1962.
- Katterle, Siegfried: Methodenprobleme der praktischen (normativen) und der theoretischen (explikativen) Betriebswirtschaftslehre. In: ZfbF, 18. Jg. (1966), S. 286 ff.
- Kaufer, Erich: Die Ökonomik der pharmazeutischen Industrie, Baden-Baden 1976 (Zitierweise: Ökonomik).
- Kaufer, Erich: Die Kostendämpfung bei Arzneimitteln, Baden-Baden 1979.
- Kellerer, Günther: Die wirtschaftliche Bedeutung des Nebensortiments in Apotheken. In: Pharm. Ztg., 120. Jg. (1975), Sonderdruck (Zitierweise: Wirtschaftliche Bedeutung).
- Kellerer, Günther: Das Nebensortiment der Apotheke, Sonderdruck aus AP, 1.Jg. (1979), Nr. 6 bis Nr. 15 (Zitierweise: Nebensortiment).
- Kellerer, Günther (Verf.): Das Mack-Kompodium für die Apotheke Nr. 7 - In Sachen Handverkauf, hrsg. v. der Firma Heinrich Mack Nachf., Illertissen 1978 (Zitierweise: Mack-Kompodium).
- Kellerer, Günther/Hempel, Lothar: Verordnung über Preisspannen für Fertigarzneimittel und Hilfsmittel für die Apotheken. In: Pharm. Ztg., 122. Jg. (1977), S. 1447 ff.
- Kienle, Gerhard: Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft, Stuttgart-New York 1974.
- Kimbel, Karl H.: Arzneimittelinformation, lesbar und verstehbar für den Patienten. In: Pharm. Ztg. 125. Jg. (1980), S. 398 ff.
- Kirberger, Wolfgang: Staatsentlastung durch private Verbände, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 30, Baden-Baden 1978.
- Kirsch, Werner: Gewinn und Rentabilität. Ein Beitrag zur Theorie der Unternehmungsziele, Wiesbaden 1968.
- Kirsch, Werner: Die Betriebswirtschaftslehre als Führungslehre - Erkenntnisperspektiven, Aussagensysteme, wissenschaftlicher Standort, München 1977 (Zitierweise: Führungslehre).

- Kirsch, Werner/Bamberger, Ingolf/Gabele, Eduard/Klein, Heinzkarl: Betriebswirtschaftliche Logistik, Wiesbaden 1973.
- Kirsch, Werner/Gabele, Eduard: Ziele in Handelsbetrieben. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2334 ff.
- Kjær-Hansen, Max: Heutige Bedeutung der Werbung. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 25 ff.
- Klein-Blenkers, Fritz: Die Ökonomisierung der Distribution, Köln und Opladen 1964 (Zitierweise: Ökonomisierung).
- Klein-Blenkers, Fritz: Die Werbung des Facheinzelhandels, Schriften zur Handelsforschung, Nr. 43, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln-Opladen 1970 (Zitierweise: Werbung).
- Klein-Blenkers, Fritz: Unternehmerziele im Facheinzelhandel. In: Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln, 24. Jg. (1972), hrsg. v. Edmund Sundhoff, S. 69 ff. und S. 81 ff. (Zitierweise: Unternehmerziele).
- Klein-Blenkers, Fritz: Werbung und Werbelehre. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 3, Stuttgart 1976, Sp. 4385 ff. (Zitierweise: Werbelehre).
- Klein-Blenkers, Fritz: Imagepolitik im mittelständischen Facheinzelhandel. In: Handelsforschung heute. Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Forschungsstelle für den Handel, Schriftenreihe der Forschungsstelle für den Handel, Dritte Folge Nr. 7, Berlin 1979, S. 125 ff.
- Kleinsteuber, Hans J.: Öffentliche Bindung. In: Wörterbuch zur politischen Ökonomie, 2. Aufl., hrsg. v. Gert v. Eynern und Karl Böhrer, Opladen 1977, S. 299 ff.
- Kloesel, Arno/Cyran, Walter: Arzneimittelrecht, Kommentar, 3. Aufl. mit 15. Ergänzungslieferung, Stand: 1. Oktober 1980, Stuttgart 1981.
- Knoblich, Hans: Betriebswirtschaftliche Warentypologie, Köln und Opladen 1969 (Zitierweise: Warentypologie).
- Knoblich, Hans: Absatztheorie, Warenorientierte. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart, Sp. 167 ff.
- Knoll, Peter: Quantifizierung von Standortfaktoren im Einzelhandel, dargestellt am Beispiel der Apotheken in der Hansestadt Bremen, und Abteilung eines optimalen Standorts, Bremen 1971.
- Koch, Helmut: Die Betriebswirtschaftslehre als Wissenschaft vom Handeln, Tübingen 1975.

- Kocher, Gerhard/Rentchnick, Pierre: Teure Medizin. Für gezielte Reformen in unserem Gesundheitswesen, Bern-Stuttgart-Wien 1980.
- Köhler, Richard: Absatzlehre und Wissenschaftslogik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 50 ff.
- Körber, Klaus: Personaleinsatzplanung in der Apotheke. In: DAZ, 120. Jg. (1980), S. 2110 ff.
- Kommission zur Förderung der handels- und absatzwirtschaftlichen Forschung: Katalog E - Begriffsdefinitionen aus der Handels- und Absatzwirtschaft, 2. Ausgabe, o.O. (Köln) 1975.
- Kopf, Rudolf: Orientierungshilfe durch die Packungsinformation. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelting o.J. (1974), S. 71 ff.
- Koppelman, Udo: Verpackungsgestaltung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2087 ff.
- Koppelman, Udo: Produktmarketing und Warenverkaufskunde, Berlin 1976.
- Kopsch, Herbert: Außenwerbung. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 587 ff.
- Korndörfer, Wolfgang: Werbebudget, optimales. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2215 ff.
- Kosiol, Erich: Die Unternehmung als wirtschaftliches Aktionszentrum, Reinbek bei Hamburg 1966 (Zitierweise: Unternehmung).
- Kosiol, Erich: Entscheidung, Information und Prognose. In: Betriebswirtschaft und Marktpolitik, Festschrift für Rudolf Seyffert zum 75. Geburtstag, hrsg. v. Erich Kosiol und Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968, S. 275 ff.
- Kotler, Philip: Marketing-Management. Deutsche Übersetzung der zweiten Auflage von Heidi Reber und Gerhard Reber, Stuttgart 1977 (Zitierweise: Marketing-Management).
- Kotler, Philip: Marketing für Nonprofit-Organisationen. Deutsche Übersetzung von Heidi Reber und Gerhard Reber, Stuttgart 1978 (Zitierweise: Nonprofit-Organisationen).
- Kotler, Philip: Strategies for Introducing Marketing into Nonprofit Organizations. In: JoM, Vol. 43 (January 1979), S. 37 ff.
- Kotler, Philip: Marketing für den öffentlichen Bereich. In: Die Betriebswirtschaft, 39. Jg. (1979), S. 421 ff. (Zitierweise: Öffentlicher Bereich).

- Kramer, Rolf: Die christliche Verantwortung in der sozialen Marktwirtschaft, Stuttgart 1973.
- Kramm, Dietrich: Unzulässig: Werbung mit Niedrigpreisen. In: AP, 2. Jg. (1980), Nr. 22, S. 9.
- Kriegelstein, J.: Die Bedeutung einer pharmakologischen Ausbildung für den Offizin-Apotheker. In: DAZ, 116. Jg. (1976), S. 241 ff.
- Kroeber-Riel, Werner: Das verfehlte Leitbild der Verbraucherpolitik. In: Fischer-Winkelmann, Wolf F./Rock, Reinhard (Hrsg.): Markt und Konsument, Teilband II, op.cit. S. 109 ff.
- Kroeber-Riel, Werner: Konsumentenverhalten, 2. Aufl., München 1980.
- Krulis-Randa, Jan S.: Marketing-Logistik, Bern und Stuttgart 1977.
- Kuehn, Alfred A./Day, Ralph L.: Ein Verfahren zur Ermittlung der optimalen Produktqualität. In: Marketingentscheidungen, hrsg. v. Peter Weinberg, Gerold Behrens, Klaus P. Kaas, Köln 1974, S. 183 ff.
- Kuehn, Alfred A./Hamburger, Michael J.: Ein heuristischer Ansatz zur Standortbestimmung von Absatzlagern. In: Marketingentscheidungen, hrsg. v. Peter Weinberg, Gerold Behrens, Klaus P. Kaas, Köln 1974, S. 290 ff.
- Kühn, Peter: Nebensortiment: "Gesichtsverlust für die Apotheken!" In: AP, 2.Jg. (1980), Nr. 15, S. 13.
- Kühne, Karl: Sinn und Verantwortung der öffentlichen Kontrolle. In: Osterkamp, Karl/Kühne, Karl (Bearb.), Handbuch der öffentlichen Wirtschaft, hrsg. v. Hauptvorstand der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, 1. Bd., Stuttgart 1960, S. 20 ff.
- Kuhlmann, Eberhard: Konsumpolitik. In: HWA, hrsg. von Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1069 ff.
- Kuhn, Harald E.: Soziologie der Apotheker, Stuttgart 1963.
- Kunt, Wolfgang: Die Zielkonzeption der mittelständischen Einzelhandelsunternehmer, Sonderheft der Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln 24, Göttingen 1975.
- Kupsch, Peter: Unternehmungsziele, Stuttgart-New York 1979.
- Kupsch, Uwe/Marr, Rainer: Personalwirtschaft. In: Heinen, Edmund (Hrsg.), Industriebetriebslehre, 6. Aufl. Wiesbaden 1978, S. 529 ff.
- Lampertstorfer, Günther: Die Ziele in der Marketingplanung, Diss. München 1974.

- Lange, Manfred: Absatztheorie, entscheidungsorientierte. In: HWA, hrsg. von Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 101 ff.
- Langmann, Hans Joachim: Anspruch und Verantwortung der Chemisch-Pharmazeutischen Industrie in einer sich wandelnden Welt. In: Bayerischer Monatsspiegel 16. Jg. (1980), Nr. 2, S. 9 ff.
- Lazer, William/Kelley, Eugene J.: The Retailing Mix: Planning and Management. In: Kelley, Eugene J./Lazer William, Managerial Marketing: Perspectives and Viewpoints, 3. ed., Homewood, Ill. 1967, S. 500 ff.
- Lazer, William/Kelley, Eugene J.: Social Marketing - Perspectives and viewpoints, Homewood, Ill. 1973.
- Lehmann, Helmut: Apotheken und Gemeinwirtschaft, Veröffentlichungen der sächsischen Landesstelle für Gemeinwirtschaft, H. V, Dresden 1920.
- Lehmeier, Horst: Grundzüge der Marktforschung, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1979.
- Leitherer, Eugen: Die Entwicklung der modernen Markenformen. In: Der Markenartikel, 17. Jg. (1955), S. 539 ff.
- Leitherer, Eugen: Zur Absatzpolitik des Einzelhandels. In: ZfhF, N.F., 12. Jg. (1960), S. 686 ff. (Zitierweise: Absatzpolitik).
- Leitherer, Eugen: Die typologische Methode in der Betriebswirtschaftslehre - Versuch einer Übersicht. In: ZfbF, 17. Jg. (1965), S. 650 ff.
- Leitherer, Eugen: Der Bedarf als zentraler Ertragsfaktor. In: Beiträge zur betriebswirtschaftlichen Ertragslehre. Festschrift für Erich Schäfer, hrsg. v. Paul Riebel, Opladen 1971, S. 99 ff.
- Leitherer, Eugen: Absatzlehre, 3. Aufl., Stuttgart 1974.
- Leitherer, Eugen: Betriebliche Marktlehre. 1. Teil: Grundlagen und Methoden, Stuttgart 1974 (Zitierweise: Betriebliche Marktlehre I).
- Leitherer, Eugen: Marktforschung. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 2, Stuttgart 1975, Sp. 2617 ff.
- Leitherer, Eugen: Werbelehre, 2. Aufl., Stuttgart 1975.
- Leitherer, Eugen: Wie kann die Universität auf dem Sektor des Marketing mit der Praxis zusammenarbeiten? In: Münchner Marketing-Club-Report 1/1978, S. 11 ff. und 2/1978, S. 13 ff.
- Leitherer, Eugen: Betriebliche Marktlehre, 2. Teil: Die Aktionsbereiche, Stuttgart 1978 (Zitierweise: Betriebliche Marktlehre II).
- Leitherer, Eugen/Mielenhausen, Erhard: Einzelhandel und Stadtentwicklung - Wechselseitige Beziehungen innerhalb großstädtischer Verdichtungs-räume in der Sicht der Betrieblichen Marktlehre. In: WiSt, 1974, Heft 7, S. 324 ff.

- Lerche, Peter: Werbung und Verfassung, München und Berlin 1967.
- Liebmann, Hans-Peter: Die Standortwahl als Entscheidungsproblem, Würzburg-Wien 1971.
- Liebmann, Hans-Peter: Standort. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1905 ff.
- Liefmann-Keil, Elisabeth: Der Arzneimittelmärkte im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt/Main 1973.
- Liertz, Rolf: Die absatzwirtschaftliche Bedeutung des Sortimentsgroßhandels für die Distribution von Arzneimitteln, Diss. Berlin 1955.
- Lietz, Knut: Nebensortiment: "Entspricht dem Berufsbild!" In: AP, 2. Jg. (1980), Nr. 15, S. 12.
- Lindemann, Heinz-Bruno: Wettbewerb und Berufsordnung. In: Pharm.Ztg. 125. Jg. (1980), S. 2213 ff.
- Lisowsky, Arthur: Die Kollektivwerbung im Einzelhandel. In: Handbuch des Einzelhandels, hrsg. v. Rudolf Seyffert, Stuttgart 1932, S. 482 ff.
- Loesch, Achim von: Die gemeinwirtschaftliche Unternehmung, Köln 1977.
- Maasberg, Helga: Die gegenwärtige Berufssituation des Apothekers, Frankfurt/Main 1972.
- MacStravic, Robin E.: Marketing Health Care, Germantown, Md. 1977.
- MacStravic, Robin E.: Health Care Marketing Needs Rational, Ethical Approach. In: Hospital Progress, May 1980, S. 60 ff.
- Magyar, Kasimir M.: Marktziele einer neuzeitlichen Unternehmungspolitik, Rorschach 1969.
- Mahnkopf, Rudolf: Möglichkeiten einer Berücksichtigung unterschiedlicher Ziele kaufmännischer Unternehmungen und öffentlicher Betriebe in der betriebswirtschaftlichen Investitionstheorie, Diss. München 1973.
- Maier-Maletz, Max: Verkauf im Wandel. In: DAZ, 118. Jg. (1978), S. 1679 ff.
- Manger-König, Ludwig von: Zur Gesundheitspolitik des Staates. In: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft - dargestellt am Beispiel der Pharmaindustrie, USW-Schriften für Führungskräfte Bd. 8, Wiesbaden 1976, S. 25 ff.
- Mann, Gerhard: Funktionen und Marktbedingungen des pharmazeutischen Großhandels, Diss. Nürnberg 1956.
- Marr, Rainer/Pi ot, Arnold: Absatzwirtschaft. In: Heinen, Edmund (Hrsg.), Industriebetriebslehre, 6. Aufl., Wiesbaden 1978, S. 423 ff.

- Marré, Heribert: Handelsfunktionen. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 709 ff.
- Marzen, Walter: Handelsmarketing der Zukunft. In: Marketing heute und morgen. Entwicklungstendenzen in Theorie und Praxis, hrsg. v. Heribert Meffert, Wiesbaden 1975, S. 421 ff.
- May, Manfred: Wettbewerbspolitik für den Pharmamarkt. In: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft - dargestellt am Beispiel der Pharmaindustrie, USW-Schriften für Führungskräfte Bd. 8, Wiesbaden 1976, S. 81 ff.
- Maydell, Bernd von/Scholz, Rupert: Grenzen der Eigenwirtschaft gesetzlicher Krankenversicherungsträger, Berlin 1980.
- Mayer, Wolfgang: Apotheken-Einrichtung: Auf die Planung kommt es an. In: AJ, H. 1/1979, S. 26 ff.
- Mayer, Wolfgang: Apothekenbau: Die Zukunft hält noch viele Chancen bereit. In: AJ, H. 3/1979, S. 20 ff.
- Mayer, Wolfgang: Gelber Punkt auf schwarzem Grund. In: AJ, H. 12/1979, S. 47 ff.
- Meffert, Heribert: Marketing heute und morgen. In: Marketing heute und morgen - Entwicklungstendenzen in Theorie und Praxis, hrsg. v. Heribert Meffert, Wiesbaden 1975, S. 13 ff.
- Meffert, Heribert: Instrumente, absatzpolitische. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 887 ff.
- Meffert, Heribert: Marketing, 5. Aufl., Wiesbaden 1980.
- Meissner, Hans Günther: Thematische Einführung. In: Eiteneyer, Helmut/Meissner, Hans Günther (Hrsg.), Marketing öffentlicher Unternehmungen, Dortmund 1978, S. 16 f.
- Mellerowicz, Konrad: Forschungs- und Entwicklungstätigkeit als betriebswirtschaftliches Problem, Freiburg i. Br. 1958.
- Mellerowicz, Konrad: Die Handelsspanne bei freien, gebundenen und empfohlenen Preisen, Freiburg i. Br. 1961 (Zitierweise: Handelsspanne).
- Menge, Robert: Über die Kreditfunktion des Einzelhandels. In: Distributionswirtschaft. Rudolf Seyffert zu seinem 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968, S. 111 ff. (Zitierweise: Kreditfunktion).
- Menge, Robert G.: Betriebsvergleichsergebnisse der Apotheken im Jahre 1978. In: Pharm. Ztg., 125. Jg. (1980), S. 1700 ff. (Zitierweise: Betriebsvergleich).
- Menninger, Siegfried: Verkaufsaaktive Ladengestaltung von a bis z, Bad Wörishofen 1964.

- Mentzel, Karsten-Heinz: Marketingansätze zwischen Theorie und Praxis.
In: Meyer, Paul W./Hermanns, Arnold (Hrsg.), Praxisorientiertes Marketing, Stuttgart usw. 1976, S. 212 ff.
- Merbold, Claus: Verkaufsstellen, Optimierung von. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2067 ff.
- Meyer, Konrad: Versorgungsnahbereich. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Handwörterbuch der Raumforschung und Raumordnung, 2. Aufl., III, Hannover 1970, Sp. 3583 ff.
- Meyer, Paul W./Hermanns, Arnold (Hrsg.): Praxisorientiertes Marketing. Ansätze und Perspektiven, Stuttgart et al. 1976.
- Meyer, Paul W./Hermanns, Arnold: Theorie der Wirtschaftswerbung, Stuttgart et al. 1981.
- Michaelis, Jörg: Der Einfluß der Konzentration auf die Werbung. In: FfH-Mitteilungen, N.F., XI/4, April 1970, S. 1 ff.
- Mielenhausen, Erhard: Marktfelder des Einzelhandels in urbanen Räumen, Berlin 1976.
- Miracle, Gordon E.: Product Characteristics and Marketing Strategy. In: JoM, Vol. 29 (January 1965), S. 18 ff.
- Mises, Ludwig von: Nationalökonomie. Theorie des Handelns und Wirtschaftens, Nachdruck der 1. Aufl., Genf 1940, München 1980.
- Möbius, Klaus/Seusing, Ekkehart/Ahnefeld, Adolf: Die Pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland - Struktur und Wettbewerb, Kieler Studien 140, Tübingen 1976.
- Möller, Hans: Kalkulation, Absatzpolitik und Preisbildung. Nachdruck mit einer neuen Einführung über die Entwicklung der modernen Preistheorie, Tübingen 1962.
- Möller, Hans: Markt, Marktformen und Marktverhaltensweisen. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 2 Stuttgart 1975, Sp. 2604 ff.
- Moeller-Herrmann, Klaus J.: Die Möglichkeiten der Preispolitik im Einzelhandel, Diss. Köln 1968.
- Mössinger, Paul: So kann es nicht weitergehen - Zur Krise der gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 1978.
- Morf, Eduard J.: Arzneimittelsicherheit durch Information. In: DAZ, 120. Jg. (1980), S. 795 ff.

- Müller, Andreas A.: Das Konsumentenverhalten und seine Auswirkungen auf die Distributionsform, Diss. St. Gallen, Winterthur 1971.
- Müller, Hanno: Public Relations. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 969 ff.
- Müller, Jürgen/Vogelsang, Ingo: Staatliche Regulierung, Baden-Baden 1979.
- Müller-Hagedorn, Lothar: Zum Wechsel der Absatzpolitik in einem Einzelhandelsbetrieb. In: Handelsforschung heute. Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Forschungsstelle für den Handel, Schriftenreihe der Forschungsstelle für den Handel, Dritte Folge Nr. 7, Berlin 1979, S. 137 ff.
- Naser, Siegfried: Dienstbereitschaft von Apotheken. In: DAZ, 119. Jg. (1979). S. 1344 ff.
- Nauer, Ernst: Standortwahl und Standortpolitik im Einzelhandel, Bern und Stuttgart 1970.
- Nelson, Richard L.: Principles of Retail Location. In: Ronald R. Gist, Management Perspectives in Retailing, New York-London-Sydney, 1967, S. 226 ff.
- Neubauer, Günter: Sozialökonomische Probleme eines staatlichen Gesundheitsdienstes - Das Beispiel Großbritannien - Heidelberg 1975.
- Neumann, Gerhard: Kritische Betrachtungen zur Arzneimittelwerbung. In: DAZ, 115. Jg. (1975), S. 1548 ff.
- Neumann, Gerhard: Die Bedeutung des Randsortiments in der Apotheke. In: Pharm. Ztg., 123. Jg. (1978), S. 1088 ff.
- Neumann, Lutz R.: Die branchenwirtschaftliche Situation der Apotheken. In: Zur wirtschaftlichen Situation der Apotheke, apotheken-report 18, hrsg. v. der ABDA, Frankfurt/Main 1980, S. 3 ff. (Zitierweise: Situation).
- Neumann, Lutz R.: Die betriebswirtschaftliche Entwicklung der öffentlichen Apotheken. In: Zur wirtschaftlichen Situation der Apotheke, apotheken-report 18, hrsg. v. der ABDA, Frankfurt/Main 1980, S. 14 ff.
- zur Nieden, Walter: Möglichkeiten der Marktforschung in westdeutschen Warenhausunternehmen, Diss. Erlangen-Nürnberg 1968.
- Nieschlag, Robert: Die Intensivierung der absatzwirtschaftlichen Bemühungen als Gegenwartsaufgabe der Unternehmungen. In: Betriebswirtschaft und Marktpolitik, Festschrift für Rudolf Seyffert zum 75. Geburtstag, hrsg. v. Erich Kosiol und Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968, S. 391 ff. (Zitierweise: Intensivierung).

- Nieschlag, Robert: Was bedeutet die Marketing-Konzeption für die Lehre von der Absatzwirtschaft? In: Fischer-Winkelmann, Wolf F., Marketing. Ideologie oder operable Wissenschaft? München 1972, S. 133 ff. (Zitierweise: Marketing-Konzeption).
- Nieschlag, Robert: Binnenhandel und Binnenhandelspolitik, 2. Aufl., Berlin 1972.
- Nieschlag, Robert: Der Klein- und Mittelbetrieb im Handel-Schicksal und Chancen, Berlin 1976 (Zitierweise: Klein- und Mittelbetrieb).
- Nieschlag, Robert/Dichtl, Erwin/Hörschgen, Hans: Marketing, 11. Aufl., Berlin 1980.
- Nieschlag, Robert/Kuhn, Gustav: Binnenhandel und Binnenhandelspolitik, 3. Aufl., Berlin 1980.
- Nimführ, Franz: Werbung im Zwielficht. In: BAZ, 1. Jg. (1980), April, S. 1 ff.
- Nord, Dietrich: Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Verhaltensanalyse von Pharma-Industrie, Arzt und Verbraucher, Stuttgart 1976 (Zitierweise: Arzneimittelkonsum).
- Nord, Dietrich: Steuerung im Gesundheitssystem. Systemanalyse der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt/Main 1979 (Zitierweise: Steuerung).
- Nord, Dietrich: Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR, Pharma dialog 59, hrsg. v. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Frankfurt/Main 1979.
- Nowak, Horst/Nowak, Dorothea: Einstellungen und Erwartungen der Verbraucherinnen zur Apotheken-Kosmetik - Eine marktpsychologische Untersuchung, Heidelberg 1979, unveröffentlicht.
- Oberender, Peter: Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 31 (1980), Heft 2, S. 145 ff.
- Obergfell, Eugen: Die Führungsrolle des Handels im Absatzweg von Konsumgütern, Diss. München 1977, Zürich et al. 1977.
- Oberparleiter, Karl: Funktionen und Risiken des Warenhandels, 2. Aufl., Wien 1955.
- Oettle, Karl: Gutenbergs "Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre" - Eine Stellungnahme zum Methodenstreit in der Betriebswirtschaftslehre unter besonderer Berücksichtigung der Frage des Bedeutungswertes der "Grundlagen" für die Fortentwicklung des Faches - Unveröff. Tübinger Dissertation 1956.
- Oettle, Karl: Unternehmerische Finanzpolitik. Elemente einer Theorie der Finanzpolitik industrieller Unternehmungen, Stuttgart 1966.

- Oettle, Karl: Verkehrspolitik, Stuttgart 1967.
- Oettle, Karl: Kategorien des gegenwärtigen öffentlichen Bedarfs. In: Der öffentliche Haushalt - Archiv für Finanzkontrolle, 10. Jg. (1969), S. 1 ff. (Zitierweise: Öffentlicher Bedarf).
- Oettle, Karl: Die Dienstbereitschaft in einzelwirtschaftlicher und gesamtwirtschaftlicher Sicht. In: Dienstleistungen in Theorie und Praxis, Otto Hintner zum siebzigsten Geburtstag, hrsg. von Hanns Linhardt, Peter Penzkofer und Peter Scherpf, Stuttgart 1970, S. 16 ff. (Zitierweise: Dienstbereitschaft).
- Oettle, Karl: Die Betriebswirtschaftslehre vor der zunehmenden Bedeutung staatspolitischer Lebensbedingungen der Unternehmenswirtschaft. In: Steuerlast und Unternehmenspolitik, Festschrift für Kuno Barth zum fünfundsechzigsten Geburtstag, hrsg. von Karl Oettle, Stuttgart 1971, S. 23 ff. (Zitierweise: Lebensbedingungen).
- Oettle, Karl: Die allgemeinen Grundsätze der Betriebsführung in der Gemeinwirtschaft. In: Gemeinwirtschaft im Wandel der Gesellschaft, Festschrift für Hans Ritschl, hrsg. von Gisbert Ritting und Heinz-Dietrich Ortlieb, Berlin 1972, S. 153 ff.
- Oettle, Karl: Wachsende Ansprüche an die Aufgabenerfüllung von Staat und Gemeinden. In: Der langfristige Kredit, 23. Jg. (1972), S. 629 ff.
- Oettle, Karl: Aufgabengerechte Krankenhausorganisation - Überlegungen zu einem gesundheitspolitischen und betriebswirtschaftlichen Problem. In: Krankenhausumschau, 42. Jg. (1973), S. 741 ff.
- Oettle, Karl: Finanzpolitik in der Absatzwirtschaft. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 595 ff.
- Oettle, Karl: Probleme der absatzorientierten Unternehmungspolitik im öffentlichen Verkehr. In: Verkehrsannalen, 22. Jg. (1975), S. 470 ff. (Zitierweise: Absatzorientierung).
- Oettle, Karl: Über den Charakter öffentlich-wirtschaftlicher Zielsetzungen. In: Oettle, Karl, Grundfragen öffentlicher Betriebe, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 14, Baden-Baden 1976, Bd. I, S. 9ff. (Zitierweise: Zielsetzungen).
- Oettle, Karl: Betriebserfolge in der privaten und in der öffentlichen Wirtschaft. In: Oettle, Karl, Grundfragen öffentlicher Betriebe I, op. cit., S. 37 ff. (Zitierweise: Betriebserfolge).
- Oettle, Karl: Grenzen und Möglichkeiten einer unternehmungsweisen Führung öffentlicher Betriebe. In: Oettle, Karl, Grundfragen öffentlicher Betriebe I, op. cit., S. 55 ff. (Zitierweise: Unternehmungsweise Führung).

- Oettle, Karl: Die Anwendung von Grundsätzen moderner Unternehmensführung im Krankenhaus. In: Oettle, Karl, Grundfragen öffentlicher Betriebe I, op. cit., S. 93 ff.
- Oettle, Karl: Die ökonomische Bedeutung der Rechtsform öffentlicher Betriebe. In: Oettle, Karl, Grundfragen öffentlicher Betriebe I, op. cit., S. 121 ff. (Zitierweise: Rechtsform).
- Oettle Karl: Die Transparenz der Märkte des Güterverkehrs innerhalb der Europäischen Gemeinschaft - Möglichkeit, Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit, unveröffentlichtes Gutachten für die Europäische Gemeinschaft, München 1977.
- Oettle, Karl: Die Bedeutung der Betriebswirtschaftslehre für wirtschaftsdidaktische Bemühungen. In: Wirtschaftslehre und Wirtschaftslehrerbildung. Fachdidaktische Beiträge und Materialien, hrsg. von Johannes Baumgardt und Reinhard Czychohl, Band 3: Bezugswissenschaften der Wirtschaftslehre und Wirtschaftslehrerbildung, Trier 1977, S. 67 ff. (Zitierweise: Wirtschaftsdidaktik).
- Oettle, Karl: Beziehungen zwischen Militärstrategie, Technik und Ökonomie. In: Militär und Ökonomie, Beiträge zu einem Symposium, hrsg. von K.E. Schulz, Göttingen 1977, S. 11 ff.
- Oettle, Karl: Privatisierung öffentlicher Unternehmen? In: Kommunalwirtschaft 1977, S. 164 ff. (Zitierweise: Privatisierung).
- Oettle, Karl: Raumwirtschaftliche Aspekte einer Betriebswirtschaftslehre des Verkehrs, Veröffentlichungen der Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Abhandlungen Bd. 77, Hannover 1978 (Zitierweise: Raumwirtschaftliche Aspekte).
- Oettle, Karl: Ökonomische Ansätze zu einer Reform öffentlicher Leistungen. In: Reform öffentlicher Leistungen, hrsg. von Horst Hanusch, Baden-Baden 1978, S. 25 ff. (Zitierweise: Reform).
- Oettle, Karl: Thesen zum Thema: Die Problematik der Preisbildung öffentlicher Unternehmen, exemplifiziert an den Tarifen öffentlicher Verkehrsbetriebe. In: Kosten und Preise öffentlicher Unternehmen - Eine Diskussion im Wissenschaftlichen Beirat der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft und Gemeinwirtschaft, Schriftenreihe der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft und Gemeinwirtschaft e.V. 16, Berlin 1978, S. 169 ff. (Zitierweise: Preisbildung).
- Oettle, Karl: Die Problematik der Betriebsführung im Krankenhaus der Gegenwart. In: Hans-Werner Müller (Hrsg.), Führungsaufgaben im modernen Krankenhaus, Stuttgart 1980, S. 9 ff. (Zitierweise: Betriebsführung im Krankenhaus).
- Oettle, Karl: Leitung und Kontrolle öffentlicher Unternehmen, Vortrag auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften - Verein für Socialpolitik in Nürnberg vom 15. - 17. September 1980, Manuskript.

- Oettle, Karl: Vergleichende mikroökonomische Analyse des Steuerungsmechanismus auf der Allokations- und Produktionsebene im stationären Bereich des Gesundheitswesens, unveröffentl. Manuskript, München 1981 (Zitierweise: Analyse).
- Oettle, Karl/Thiemeyer, Theo: Thesen über die Unterschiede zwischen privater Absatzpolitik und öffentlicher Angebotspolitik. In: Die öffentliche Wirtschaft, 18. Jg. (1969), S. 37 ff. (Zitierweise: Absatzthesen).
- Olson jr., Mancur: Die Logik des kollektiven Handelns. Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen, Tübingen 1968.
- Opp, Karl-Dieter: Methodologie der Sozialwissenschaften, Neuausgabe, Reinbek bei Hamburg 1976.
- Orlik, Günter: Die Deutsche Bundespost im Spannungsfeld gegensätzlicher Anforderungen, Diss. München 1971.
- Otto, H.: Erlaubte Werbung. In: DAZ, 119. Jg. (1979), S. 457 f.
- o.V.: How Customers Shop the Super Market. In: Ronald R. Gist, Management Perspectives in Retailing, New York-London-Sydney 1967, S. 231 ff.
- o.V.: Standortabhängiges Sortiment: Körperpflege und Kosmetik. In: selbstbedienung und supermarkt 3/1973, S. 12 ff.
- o.V.: Der Apotheker und die Kosmetik. In: Pharm. Rundschau, 17. Jg. (1975), Nr. 12, S. 14.
- o.V.: Berufsbild des Apothekers. In: Pharm. Ztg., 120. Jg. (1975), S. 1568.
- o.V.: Verkaufseffekte durch Kundeninformationshilfen in der Offizin. In: pharma depesche Nr. 1/1976, S. 16 f.
- o.V.: Termin 1. Januar 1978 - Eigenherstellung was nun? In: DAZ, 117. Jg. (1977), S. 1956.
- o.V.: Ladenbau: Krämer im Kram. In: absatzwirtschaft, Heft 5/ 1978, S. 90 ff.
- o.V.: Die Wehwehchen der Apotheker, In: absatzwirtschaft, Heft 6/1978, S. 16 ff. (Zitierweise: Wehwehchen).
- o.V.: Gefährlicher Markt: Selbstmedikation. In: Gesunde Medizin 10/1978, S. 12 f.
- o.V.: Sonnenbaden ohne Reue, In: Stiftung Warentest (Hrsg.), Kosmetik, Test-Sonderheft 1/79, S. 47 ff.
- o.V.: Die Apotheker klagen. In: FAZ vom 28.6.1979, S. 6.
- o.V.: Der Apotheker-Verein lehnt "Sparprämien-Regelung" ab. In: Handelsblatt Nr. 134 vom 16.7.1979, S. 4.

- o.V.: Reklamestreit unter Apothekern. Werbung und Abholdienst ver-
boten. In: AP, 1. Jg. (1979), Nr. 7, S. 1.
- o.V.: Vitamin "d" gegen Drogeriesterben. In: absatzwirtschaft, 22. Jg. (1979),
Nr. 3, S. 26 ff. (Zitierweise: Vitamin "d").
- o.V.: Was gehört in eine Reiseapotheke. In: AJ, 4/1979, S. 56 ff.
- o.V.: Standesethiker reißt es vom Stuhl. In: AP, 1. Jg. (1979), Nr. 7,
S. 3 (Zitierweise: Standesethiker).
- o.V.: Bericht über die Betriebsvergleichsergebnisse der Apotheken in den
Jahren 1967 bis 1977. In: IfH-Mitteilungen, hrsg. v. Edmund
Sundhoff, 31. Jg. (1979), S. 157 ff. (Zitierweise: Bericht).
- o.V.: Licht in der Apotheke. In: AJ, H. 5/1979, S. 20 ff.
- o.V.: Nichterheben des Kostenanteils nach § 182 a RVO. In: Pharm. Ztg.,
124, Jg. (1979), S. 1911.
- o.V.: Apotheken Facts '79, hrsg. v. Verlag Wort & Bild, Rolf Becker,
Baierbrunn b. München o.J. (1979).
- o.V.: BVG: Apotheke ist kein "Drugstore". In: Badische Neueste Nachrichten
Nr. 16 vom 16.1.1980, S. 4.
- o.V.: Beipackzettel: Erhebliche Mängel. In: AP, 2. Jg. (1980), Nr. 1, S. 11.
- o.V.: Profit-Center: Neue Apotheken-Einrichtungen II. In: Pharm. Rundschau,
Nr. 3/1980, S. 25 f.
- o.V.: Zahnpasta-Markt - wo liegen die Hauptfehler? In: AP, 2. Jg. (1980),
Nr. 5, S. 8.
- o.V.: "markt intern" Apothekerumfrage, Beilage zu markt intern 22/III
vom 29.5.1980.
- o.V.: Putztechnik ist entscheidend. In: Test, hrsg. v. der Stiftung
Warentest, 15. Jg. (1980), Nr. 5, S. 34 ff.
- o.V.: Billigere Deos tun es auch. In: Test, hrsg. v. der Stiftung Waren-
test, 15. Jg. (1980), Nr. 7, S. 52 ff.
- o.V.: Reise und Gesundheit - Reiseberatung in der Apotheke. In: DAZ,
120. Jg. (1980), S. 788 ff.
- o.V.: Drei Aspekte entscheiden über das Wohl und Wehe! In: AP, 2. Jg.
(1980), Nr. 7, S. 3 (Zitierweise: Drei Aspekte).
- o.V.: Jugendliche Hautprobleme - Eine Chance für den Apotheker. In: AP,
2. Jg. (1980), Nr. 7, S. 21.

- o.V.: Packungsbeilagen irreführend und unverständlich. In: AP, 2. Jg. (1980), Nr. 9, S. 3.
- o.V.: Hier irrt die Kammer... In: BAZ, 1. Jg. (1980), Juli/August, o.S.
- o.V.: Die Großen im Pharmagroßhandel. In: FAZ, Nr. 193 v. 21.8.1980, S. 10.
- o.V.: Generics auf dem Vormarsch. In: Medikament & Meinung Nr. 8/1980, S. 4.
- o.V.: Warum es so wichtig ist, Waren richtig zu präsentieren. In: AP, 2. Jg. (1980), Nr. 25/26, S. 10 (Zitierweise: Präsentation).
- o.V.: Werbung erlaubt! Auszug aus einem Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr vom 8.9.1980, abgedruckt in: BAZ, 1. Jg. (1980), Nr. 12, S. 6 ff. (Zitierweise: Werbung erlaubt).
- o.V.: Tonika in Apotheken. In: BAZ, 1. Jg. (1980), Nr. 12, S. 21 f.
- o.V.: Über dem Höchstbetrag? In: Medikament & Meinung, 4. Jg. (1981), Nr. 1, S. 2.
- o.V.: Blutdruckmeßgeräte: Für Apotheken ist da noch jede Menge drin! In: AP, 3. Jg. (1981), Nr. 2, S. 11 f. (Zitierweise: Blutdruckmeßgeräte).
- o.V.: Monographie - Entwürfe für Standardzulassungen nach § 36 AMG. In: Pharm. Ztg., 126. Jg. (1981), S. 140 ff.
- o.V.: OVG München sagt "ja" zur Werbung. In AP, 3. Jg. (1981), Nr. 4, S. 3 und S. 14 (Zitierweise: Werbung).
- o.V.: Torpediert ein Außenseiter den Pharmamarkt? In: AP, 3. Jg. (1981), Nr. 5, S. 3 und S. 26.
- o.V.: Schlankheits- und Diätkost: Ran an den Speck! In: AP, 3. Jg. (1981), Nr. 5, S. 12 und S. 27 (Zitierweise: Schlankheits- und Diätkost).
- o.V.: Die Apotheke unter dem Druck der Arzneimittelpreisverordnung und des Handelsspannungsausgleichs, Bericht von der XIX. Wirtschaftstagung des Deutschen Apotheker-Vereins. In: Pharm. Ztg., 126. Jg. (1981), S. 727 ff. (Zitierweise: Wirtschaftstagung).
- Pabst, Siegfried: Die Kettenreaktion beim Randsortiment. In: Der Deutsche Apotheker, 28. Jg. (1976), S. 434 ff.
- Papier, Hans-Jürgen: Der bestimmungsgemäße Gebrauch der Arzneimittel - die Verantwortung des pharmazeutischen Unternehmers - Baden-Baden 1980.

- Parsons, Talcott: Struktur und Funktion der modernen Medizin, eine soziologische Analyse. In: Probleme der Medizin-Soziologie, hrsg. v. René König und Margret Tönnemann, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, Köln-Opladen 1958, S. 10 ff.
- Parsons, Talcott: Soziologische Theorie, Neuwied am Rhein und Berlin 1964.
- Paszkowiak, Edmund: Display-Werbung. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 579.
- Paus, Alfons: Werben wo verkauft wird - Kundenzeitschriften der Apotheken und Drogerien. In: absatzwirtschaft, Heft 13/1971, S. 16 und S. 19.
- Petermann, Günter: Aktuelle Probleme des Marketing im Handel. In: Bidlingmaier, Johannes (Hrsg.), Modernes Marketing - Moderner Handel, Karl Christian Behrens zum 65. Geburtstag, Wiesbaden 1972, S. 485 ff. (Zitierweise: Marketing im Handel).
- Petermann, Günter: Absatzwirtschaft, Stuttgart et al. 1979.
- Petermann, Günter: Marketinginstrumentarium im Handel. In: Handelsforschung heute. Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Forschungsstelle für den Handel, Schriftenreihe der Forschungsstelle für den Handel, Dritte Folge Nr. 7, Berlin 1979, S. 153 ff.
- Pfäffle, Helmut: Auswirkungen des Arzneimittelgesetzes auf die Apotheken ab. 1. Januar 1978. In: DAZ, 117. Jg. (1977), S. 1758 ff.
- Pfeil, Bernhard: Möglichkeiten und Grenzen der Deckungsbeitragsrechnung als Grundlage der gewinnorientierten Absatzstrategie, Diss. München 1971.
- Pfohl, Hans-Christian: Marketing-Logistik, Mainz 1972.
- Pfohl, Hans-Christian: Zur Formulierung einer Lieferservicepolitik: Theoretische Aussagen zum Angebot von Sekundärleistungen als absatzpolitisches Instrument. In: ZfbF, 29. Jg. (1977), S. 239 ff.
- Philippi, Hans: Standorteinflüsse im Einzelhandel. In: Distributionswirtschaft, Rudolf Seyffert zum 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln-Opladen 1968, S. 29 ff.
- Picot, Arnold: Ethik und Absatzwirtschaft aus marktwirtschaftlicher Sicht. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 562 ff.
- Pieck, Johannes: Apothekenwerbung aus berufspolitischer und rechtlicher Sicht. In: Pharm. Ztg., 125. Jg. (1980), S. 289 ff. (Zitierweise: Apothekenwerbung).
- Pieck, Johannes: OVG Münster zu Fragen des Standes- und des Apothekenrechts. In: Pharm. Ztg., 125. Jg. (1980), S. 792 ff. (Zitierweise: Apothekenrecht).

- Plotkin, Manuel D.: The Use of Credit Accounts and Computers in Determining Store Trading Area. In: Ronald R. Gist, Management Perspectives in Retailing, New York-London-Sydney 1967, S. 200 ff.
- Pohmer, Dieter: Diskussionsbeitrag auf einer Sitzung der "Arbeitsgruppe Wettbewerb" im Wirtschaftspolitischen Ausschuß des Vereins für Socialpolitik, abgedruckt in: Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, hrsg. v. Burkhardt Röper, Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. Bd. 107, Berlin 1980, S. 68 f.
- Pompl, Margarethe: Werbestil. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2235 ff.
- Poth, Ludwig G.: Handelsmarketing durch Handelsmarken-Politik, Wiesbaden 1973 (Zitierweise: Handelsmarketing).
- Poth, Ludwig G.: Praxis der Marketing-Logistik, Heidelberg 1973 (Zitierweise: Marketing-Logistik).
- Pralle, Peter: Wertwerbung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2294 ff.
- Priess, Friedrich: Probleme der Selbstbedienung. In: Der Handel Heute. In Memoriam Julius Hirsch, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Tübingen 1962, S. 191 ff.
- Quelch, John A.: Marketing Principles and the Future of Preventive Health Care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, Vol. 58, No. 2 (1980), S. 310 ff.
- Raffée, Hans: Grundprobleme der Betriebswirtschaftslehre, Göttingen 1974 (Zitierweise: Grundprobleme).
- Raffée, Hans: Bedarfslenkendes Marketing Öffentlicher Unternehmungen. In: ZöGU, Bd. 2, H. 2, 1979, S. 127 ff. (Zitierweise: Bedarfslenkendes Marketing).
- Raffée, Hans: Marketing und Umwelt, Stuttgart 1979 (Zitierweise: Umwelt).
- Raffée, Hans: Marketing als Führungskonzeption von Organisationen - Modernes Marketing und seine Bedeutung für die Deutsche Bundespost. In: Archiv für das Post- und Fernmeldewesen, 33. Jg. (1981), S. 1 ff. (Zitierweise: Führungskonzeption).
- Raffée, Hans/Abel, Bodo (Hrsg.): Wissenschaftstheoretische Grundfragen der Wirtschaftswissenschaften, München 1979.
- Raffée, Hans/Speccht, Günter: Basiswerturteile der Marketing-Wissenschaft. In: ZfbF, 26. Jg. (1974), S. 373 ff.
- Rahner, Erwin: Die Funktion des horizontalen Preiswettbewerbs auf dem Arzneimittelmkt. In: Zukunftsprobleme unserer Wirtschaft - dargestellt am Beispiel der Pharma-Industrie, USW-Schriften für Führungskräfte Bd. 8, Wiesbaden 1976, S. 61 ff.

- Rahner, Erwin: Do-it-yourself-Medizin. Umfang der Selbstmedikation in der Bundesrepublik Deutschland. In: Medikament & Meinung, 4. Jg. (1981), Nr. 2, S. 3 und 6.
- Rahner, Erwin/Teichner, Heinz: Arzneimittelmarkt und Wettbewerb, pharmadialog 39, Frankfurt/Main 1975.
- Rathscheck, Reinhold: Konfliktstoff Arzneimittel, Frankfurt/Main 1974.
- Reichwald, Ralf: Zur empirischen betriebswirtschaftlichen Zielforschung. In: ZfB, 49. Jg. (1979), S. 528 ff.
- Reinsch, Wolfgang: Die Auswirkungen des neuen Heilmittelwerbegesetzes, Schriftenreihe über Vortragsveranstaltungen der Verlagsgruppe Bauer, Bd. 12, o.O. (Bad Homburg), o.J. (1978).
- Reisen, Paul: Die gegenwärtigen Bemühungen des Apothekers um die Sicherheit des Patienten. In: Pharm. Ztg., 123. Jg. (1978), S. 1502 ff.
- Rentsch, Frank: Markt. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1301 ff.
- Reuter, A.: Verletzung der Vorschriften über den Ladenschluß und die Dienstbereitschaft. In: Pharm. Ztg., 113. Jg. (1968), S. 529 ff.
- Rich, Stuart U./Portis, Bernard D.: The "Imageries" of Department Stores. In: JoM, Vol. 28 (1964), April, S. 10 ff.
- Riebel, Paul: Kosten und Preise bei verbundener Produktion, Substitutionskonkurrenz und verbundener Nachfrage, Opladen 1971 (Zitierweise: Kosten).
- Riebel, Paul: Deckungsbeitragsrechnung im Handel. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 433 ff.
- Riebel, Paul: Einzelkosten- und Deckungsbeitragsrechnung, 3. Aufl., Wiesbaden 1979.
- Rieger, Wilhelm: Einführung in die Privatwirtschaftslehre, 3. Aufl., Erlangen 1964.
- Röper, Burkhardt: Die vertikale Preisbindung bei Markenartikeln, Tübingen 1955.
- Röper, Burkhardt (Hrsg.): Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. Bd. 107, Berlin 1980.
- Rössle, Karl: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 5. Aufl., Stuttgart 1956.
- Rohdewald, Peter: Aufgaben des Apothekers im Vorfeld der Vorsorgeuntersuchungen? In: DAZ, 119. Jg. (1979), S. 367 ff.

- Rosenberg, Peter: Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen 1975.
- Rosenstiel, Lutz von: Marketing-Psychologie. In: Meyer, Paul W./ Hermanns, Arnold (Hrsg.), Praxisorientiertes Marketing, Stuttgart et al. 1976, S. 171 ff.
- Rosenstiel, Lutz von/Ewald, Guntram: Marktpsychologie. Band I, Konsumentenverhalten und Kaufentscheidung, Stuttgart et al. 1979.
- Rosenstiel, Lutz von/Ewald, Guntram: Marktpsychologie. Band II, Psychologie der absatzpolitischen Instrumente, Stuttgart et al. 1979.
- Rothhaar, Peter: Konsumentennachfrage, Ermittlung der. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1020 ff.
- Rottmann, H.: Marketing für Klein- und Mittelbetriebe, 2. Aufl., Bern 1978.
- Ruberg, Carl: Der Einzelhandelsbetrieb, Essen 1951.
- Ruberg, Carl: Verkaufsorganisation, Essen 1952.
- Ruhr, Paul-Albert: Markttransparenz auf dem Arzneimittelmarkt - Ein konsumtheoretischer Ansatz, Frankfurt/Main-Bern-Las Vegas 1978.
- Ruppmann, Reiner: Die Standortbestimmung für Verkaufsstätten im Einzelhandel, Berlin 1968.
- Sabel, Hermann: Produktpolitik in absatzwirtschaftlicher Sicht, Wiesbaden 1971.
- Sabel, Hermann: Absatzpolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 78 ff.
- Sandig, Curt: Der Ruf der Unternehmung. Veröffentlichungen der Wirtschaftshochschule Mannheim, Reihe 2: Reden, Heft 8, Stuttgart 1962.
- Sandig, Curt: Betriebswirtschaftspolitik, 2. Aufl. von "Die Führung des Betriebes. Betriebswirtschaftspolitik", Stuttgart 1966.
- Sandig, Curt: Vom Markt des Betriebes zur Betriebswirtschaftspolitik. Bedarf - Beschaffung - Absatz, Festschrift für Curt Sandig zum 70. Geburtstag, hrsg. v. Manfred Geist, Stuttgart 1971 (Zitierweise: Markt).
- Sandig, Curt: Bedarf, Bedarfsforschung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 313 ff.
- Sandig, Curt: Beschaffungspolitik. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 1, Stuttgart 1974, Sp. 523 ff.

- Sauerzapf, Maria: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden 1980.
- Saxer, Arnold: Die Soziale Sicherheit in der Schweiz, 3. Aufl., Bern 1970.
- Schaber, Paul unter Mitwirkung von Walter Dambier und Gerd Flad: Die Apotheke von heute, 2. Aufl., Frankfurt/Main 1976.
- Schade, Heinz C.: Der Absatz als Grundlage unternehmerischer Entscheidungen. In: Die informierte Unternehmung, hrsg. v. Hans Rühle von Lilienstern, Berlin 1972, S. 213 ff.
- Schäfer, Erich: Die Aufgabe der Absatzwirtschaft, 2. Aufl., Köln und Opladen 1950.
- Schäfer, Erich: Grundfragen der Betriebswirtschaftslehre. In: HdW, Band I, hrsg. v. Karl Hax und Theodor Wessels, 2. Aufl., Köln und Opladen 1966, S. 9 ff.
- Schäfer, Erich: Absatzwirtschaft. In: HdW, Band I, hrsg. v. Karl Hax und Theodor Wessels, 2. Aufl., Köln und Opladen 1966, S. 277 ff. (Zitierweise: Absatzwirtschaft).
- Schäfer, Erich: Betriebswirtschaftslehre und Absatzwirtschaft. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 405 ff.
- Schäfer, Erich: Die Unternehmung, 9. Aufl., Wiesbaden 1978.
- Schäfer, Erich/Knoblich, Hans: Grundlagen der Marktforschung, 5. Aufl., Stuttgart 1978.
- Schär, Johann Friedrich: Allgemeine Handelsbetriebslehre, 1. Aufl., Leipzig 1911.
- Schenk, Hans-Otto: Plädoyer für ein eigenständiges Handelsmarketing. In: FfH-Mitteilungen, N.F., XV/7, Juli 1974, S. 1 ff.
- Schenk, Hans-Otto: Handelsmarketing. In: Falk, Bernd (Hrsg.), Dienstleistungsmarketing, Landsberg am Lech 1980, S. 29 ff.
- Scherhorn, Gerhard: Bedürfnis und Bedarf, Beiträge zur Verhaltensforschung, H. 1, Berlin 1959.
- Schiedermaier, Rudolf: Apothekenrechtlich legale Stille Gesellschaften. In: Pharm. Ztg., 125. Jg. (1980), S. 2304 ff.
- Schiedermaier, Rudolf: Unzulässigkeit der Einmann-GmbH im Apothekenwesen. In: Pharm. Ztg., 126. Jg. (1981), S. 322 ff.

- Schiedermaier, Rudolf/Pieck, Johannes: Apothekengesetz. Kommentar und Materialien, 2. Aufl., 1. Ergänzungslieferung, Stand: April 1978, Frankfurt/Main 1978.
- Schlemmer, Wolfgang: Patientenorientierte Pharmazie - nur ein Schlagwort. In: AJ, H. 4/1979, S. 70 ff.
- Schlenker, Gerhard: Das "berufsunwürdige Handeln" des Arztes, München o.J. (1973).
- Schmidt, Kurt: Kollektivbedürfnisse und Staatstätigkeit. In: Haller, Heinz/Kullmer, Lore/Shoup, Carl S./Timm, Herbert, Theorie und Praxis des finanzpolitischen Interventionismus. Fritz Neumark zum 70. Geburtstag, Tübingen 1970, S. 3 ff.
- Schmidt, Ralf-Bodo: Wirtschaftslehre der Unternehmung, Bd. 1, Grundlagen und Zielsetzung, 2. Aufl., Stuttgart 1977 (Zitierweise: Wirtschaftslehre).
- Schmidt-Sudhoff, Ulrich: Unternehmerziele und unternehmerisches Zielsystem, Wiesbaden 1967.
- Schmige, Georg: Ärzterwerbung zwischen Information und Manipulation. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfel-fing o.J. (1974), S. 117 ff.
- Schmitz, Gerhard: Kalkulatorischer Ausgleich als betriebspolitische Aufgabe der Handelsunternehmung. In: Distributionswirtschaft. Rudolf Seyffert zu seinem 75. Geburtstag, hrsg. v. Edmund Sundhoff, Köln und Opladen 1968, S. 1 ff. (Zitierweise: Ausgleich).
- Schmitz, Gerhard: Möglichkeiten einer Verbesserung der Kosten- und Leistungsrechnung des Handelsbetriebs mit Hilfe der Deckungsbeitragsrechnung. In: IfH-Mitteilungen, hrsg. v. Edmund Sundhoff, 26. Jg. (1974), S. 97 ff. und S. 109 ff. (Zitierweise: Deckungsbeitragsrechnung).
- Schneider, Dieter J.G.: Unternehmungsziele und Unternehmungskooperation, Wiesbaden 1973.
- Schneider, Erich-Dieter: Die Absatzpolitik pharmazeutischer Industrieunternehmen, Berlin-Heidelberg-New York 1965.
- Schnutenhaus, Otto R.: Absatzpolitik und Unternehmensführung, Freiburg i. Br. 1961.
- Schoch, Rolf: Der Verkaufsvorgang als sozialer Interaktionsprozeß, Winterthur 1969.
- Schoenhals, Heide: Staatsaufsicht gegenüber Privatbetrieben im Bereich des Gesundheitsrechts, Diss. Würzburg 1967.

- Schrey, A./Ledwoch, W.: Die Rolle des Apothekers in der Verbesserung der Patienten-Compliance. In: DAZ, 118. Jg. (1978), S. 724 ff.
- Schröder, Fritz Robert: Das Apothekenschaufenster, 2. Aufl., Stuttgart 1968.
- Schuffels, Monika: Die Apotheke - Haus der Gesundheit. In: PTA, Nr. 10/1977, S. 306 ff. (Zitierweise: Apotheke).
- Schuffels, Monika: Silberstreifen am Horizont. In: DAZ, 117. Jg. (1977). S. 1040 ff.
- Schuster, Walter: Betriebswirtschaftliche Grundsätze der Raumorganisation. In: Handbuch des Einzelhandels, hrsg. v. Rudolf Seyffert, Stuttgart 1932, S. 264 ff.
- Schwaabe, Peter: "Wir heben den Fehdehandschuh auf!" In: AP, 1. Jg. (1979), Nr. 1, S. 7.
- Schwalbe, Heinz: Marketing für Klein- und Mittelbetriebe, Freiburg i. Br. 1980.
- Schwarzer, Otto: Der steinige Weg des Arznei-Großhandels. In: SZ, Nr. 190 v. 18. August 1980.
- Schweinhardt, Horst: Preiskalkulation. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1657 ff.
- Schweitzer E./Felis, W.: Personaleinsatz und Aufgabenverteilung in einer Klinikapotheke. In: das Krankenhaus, 73. Jg. (1981), H. 2, S. 50 ff.
- Sedlmayer, Karl: Randsortiment Kosmetik - was muß man wissen? In: AJ, H. 4/1979, S. 76 ff.
- Seyffert, Rudolf (Hrsg.): Handbuch des Einzelhandels, Stuttgart 1932.
- Seyffert, Rudolf: Sortimentpolitik, Sonderheft der Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung an der Universität zu Köln 15, Köln und Opladen 1962.
- Seyffert, Rudolf: Über Begriff, Aufgaben und Entwicklung der Betriebswirtschaftslehre, 5. Aufl., Stuttgart 1963.
- Seyffert, Rudolf: Wirtschaftslehre des Handels, 5. Aufl., hrsg. v. Edmund Sundhoff, Opladen 1972 (Zitierweise: Wirtschaftslehre).
- Simon, Ingeborg: Berufssituation und Berufsperspektive der Apotheker. In: Das Argument, Sonderband 4: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V), Berlin 1974, S. 188 ff.

- Smykay, Edward W./Bowersox, Donald J./Mossman, Frank H.: Physical Distribution. In: Managerial Marketing: Perspectives and Viewpoints, hrsg. v. William Lazer und Eugene J. Kelley, Homewood, Ill. 1962, S. 513 ff.
- Sobeslavsky, Hans: Gastkommentar zum Notdienst in Apotheken. In: AP, 2. Jg. (1980), Nr. 14, S. 7.
- Sölter, Arno: Kooperative Absatzwirtschaft, Köln et al. 1971.
- Solc, Zdenek: System der strategisch-operativen Marketingplanung in der pharmazeutischen Industrie, Bern und Stuttgart 1980.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD): Gesundheit, Beschlüsse zur Gesundheitspolitik auf dem SPD Parteitag Hamburg vom 15. - 19. November 1977, Bonn o.J.
- Specht, Günter: Öffentliche Güter, Marketing für. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1565 ff.
- Spiegel-Verlag (Hrsg.): Spiegel-Dokumentation: Kauf-, Konsum- und Kommunikationsverhalten der Bundesbevölkerung, Bd. 3, Hamburg 1976.
- Staedele, Rolf: Auch Apotheker müssen verkaufen, hrsg. v. Werbeausschuß Württembergische Apothekerschaft, o.O. (Ravensburg), o.J.
- Staehle, Wolfgang H.: Der situative Ansatz in der Betriebswirtschaftslehre. In: Ulrich, Hans (Hrsg.), Zum Praxisbezug der Betriebswirtschaftslehre, Bern und Stuttgart 1976, S. 33 ff.
- Stahl, Klaus: "Grundsätzlich ein legitimes Wettbewerbsmittel!" In: AP, 2. Jg. (1980), Nr. 22, S. 9 f.
- Stark, Heinz: Marketing im Handwerk, Stuttgart et al. 1979.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart-Mainz 1980.
- Stauffer, Roland: Praxis des Marketing bei Produktneuheiten. In: Gross/ Hadorn/Job et al., Marketing im Handel, Bern 1962, S. 35 ff.
- Steffenhagen, Hartwig: Wirkungen absatzpolitischer Instrumente, Stuttgart 1978.
- Steinmann, Horst: Betriebswirtschaftslehre als normative Handlungswissenschaft. In: Steinmann, Horst (Hrsg.), Betriebswirtschaftslehre als normative Handlungswissenschaft, Wiesbaden 1978, S. 73 ff.

- Stewart, W.M./Klee J.: "Physical Distribution" - ein neues betriebliches Aufgabengebiet. In: die absatzwirtschaft, 9. Jg. (1966), S. 1704 ff.
- Stiftung Warentest (Hrsg.): Kosmetik, Test-Sonderheft 1/79.
- Strasser, Helge: Zielbildung und Steuerung der Unternehmung, Wiesbaden 1966.
- Strüngmann, Thomas: Ansätze zu einer Reform des Arzneimittelwesens. In: Medizinische Versorgung, hrsg. v. Helga Reimann und Horst Reimann, München 1976, S. 263 ff.
- Stützel, Wolfgang: Liquidität, betriebliche. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 2, Stuttgart 1975, Sp. 2515 ff.
- Sundhoff, Edmund: Einzelhandelswerbung. In: HWB, 3. Aufl., hrsg. v. Hans Seischab und Karl Schwantag, Bd. I, Stuttgart 1956, Sp. 1586 ff.
- Sundhoff, Edmund: Absatzorganisation, Wiesbaden 1958.
- Tauber, Manfred: Gesetzliche und vertragliche Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Apotheker und Krankenkasse, Diss. Würzburg 1969.
- Tenzer, Ekkehard: Kennen Sie das Image Ihrer Apotheke. In: spectra, Nr. 2/1979, S. 20 f.
- Terminologie-Ausschuß: Die Definitionen des Terminologie-Ausschusses der Gesellschaft zur Förderung der öffentlichen Wirtschaft. In: Archiv für öffentliche und freigemeinwirtschaftliche Unternehmen, Bd. 1, 1954, hrsg. v. Gerhard Weisser, Göttingen 1955, S. 276 ff.
- Theimann, Bernd: Probleme der Preisfindung bei Arzneimitteln. In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Heft 2/3, 1977, S. 185 ff.
- Theisen, Paul: Die betriebliche Preispolitik im Einzelhandel, Schriften zur Handelsforschung, Nr. 14, Köln-Opladen 1960 (Zitierweise: Preispolitik).
- Theisen, Paul: Beschaffungspolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 338 ff.
- Theisen, Paul: Kundendienstpolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1155 ff.
- Theuer, Gottfried: Kooperationsstrukturen im Handel - Neue Entwicklungen und Konflikte zur Aufgabe der Nahversorgung. In: Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz und Handel der Hochschule St. Gallen. Heinz Weinhold-Stünzi, Zürich 1978, S. 295 ff.

- Thiemeyer, Theo: Gemeinwirtschaftlichkeit als Ordnungsprinzip -
Grundlegung einer Theorie gemeinnütziger Unternehmen,
Berlin 1970 (Zitierweise: Gemeinwirtschaftlichkeit).
- Thiemeyer, Theo: Grundsätze einer Theorie der Gemeinwirtschaft, Schriften-
reihe Gemeinwirtschaft Nr. 3, Frankfurt/Main 1973.
- Thiemeyer, Theo: Wirtschaftslehre öffentlicher Betriebe, Reinbek bei Hamburg
1975 (Zitierweise: Wirtschaftslehre).
- Thiemeyer, Theo: Gemeinwirtschaftliche Bindung von Unternehmen, Schriften-
reihe Gemeinwirtschaft Nr. 17, Frankfurt/Main-Köln 1975.
- Thorwarth, Klaus: Auflistung empfehlenswerter Körperpflegemittel. In:
Pharm. Ztg., 123. Jg. (1978), S. 1091.
- Thummel, Dieter: Entwicklung einer Konzeption zur Bestimmung des lang-
fristig-strategischen Marketing-Mix, Bern und Stuttgart 1972.
- Tietz, Bruno: Die Standort- und Geschäftsflächenplanung im Einzelhandel,
Schriftenreihe des Gottlieb Duttweiler-Instituts Nr. 42,
Rüschlikon-Zürich 1969.
- Tietz, Bruno: Konsument und Einzelhandel, 2 Bde., 2. Aufl., Frankfurt/Main
1973.
- Tietz, Bruno: Konsumfinanzierung. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart
1974, Sp. 1049 ff.
- Tietz, Bruno: Die Grundlagen des Marketing, Band 2: Die Marketing-Politik
I und II, München 1975 (Zitierweise: Grundlagen, Bd. 2).
- Tietz, Bruno: Die Grundlagen des Marketing, Band 3: Das Marketing-
Management, München 1976, (Zitierweise: Grundlagen, Bd. 3).
- Tietz, Bruno: Zukunftsperspektiven des europäischen Einzelhandels. In:
Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz
und Handel der Hochschule St. Gallen, Heinz Weinhold-Stünzi,
Zürich 1978, S. 339 ff. (Zitierweise: Zukunftsperspektiven).
- Tietz, Bruno: Marketing, Tübingen-Düsseldorf 1978.
- Tietz, Bruno/Zentes, Joachim: Die Werbung der Unternehmung, Reinbek b.
Hamburg 1980.
- Topitsch, Ernst: Sprachlogische Probleme der sozialwissenschaftlichen
Theoriebildung. In: Topitsch, Ernst (Hrsg.), Logik der Sozial-
wissenschaften, 10. Aufl., Königstein/Ts. 1980, S. 15 ff.

- Topritzhofer, Edgar: Marketing-Mix. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1247 ff.
- Topritzhofer, Edgar (Hrsg.): Marketing, Wiesbaden 1978.
- Topritzhofer, Edgar: Marketing in interventionistischen Wirtschaftsordnungen. In: Edgar Topritzhofer (Hrsg.), Marketing, Wiesbaden 1978, S. 516 f.
- Trommsdorff, Volker: Werbung, psychologische Grundlagen. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 2269 ff.
- Tronnier, H.: Zur Abgrenzung von Kosmetik und Dermatologie. In: DAZ, 121. Jg. (1981), S. 4 ff.
- Troschke, Jürgen von: Gesundheitserziehung und -aufklärung in der Bundesrepublik. In: Medizinische Versorgung, hrsg. v. Helga Reimann und Horst Reimann, München 1976, S. 11 ff.
- Tucker, Stephen L.: Introducing Marketing as a Planning and Management Tool. In: Hospital & Health Services Administration, Vol. 22, Nr. 1 (Winter 1977), S. 37 ff.
- Twiehaus, Hans/Beckendorff, Helmut: Der Apotheker als Unternehmer, Frankfurt/Main 1978.
- Udell, Jon G.: How Important is Pricing in Competitive Strategy? In: JoM, Vol. 28 (January 1964), S. 44 ff.
- Uherek, Edgar W.: Wandlungen in der Standortstruktur des Einzelhandels. In: Wandel im Handel, hrsg. v. Karl Christian Behrens, 2. Aufl., Wiesbaden 1966, S. 107 ff.
- Ulrich, Hans: Unternehmungspolitik, Bern und Stuttgart 1978.
- Ulrich, Hans/Krieg, Walter/Malik, Fredmund: Zum Praxisbezug einer systemorientierten Betriebswirtschaftslehre. In: Ulrich, Hans (Hrsg.), Zum Praxisbezug der Betriebswirtschaftslehre, Bern und Stuttgart 1976, S. 135 ff.
- Ulrich, Peter/Hill, Wilhelm: Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre. In: Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Wirtschaftswissenschaften, hrsg. v. Hans Raffée und Bodo Abel, München 1979, S. 161 ff.
- Välme, Rein: Hier wurde Vater Staat zum Arbeitgeber der Pharmazeuten! In: AP, 2. Jg. (1980), Nr. 10, S. 12.
- Van der Bellen, Alexander: Öffentliche Unternehmen zwischen Markt und Staat, Köln 1977.
- Vershofen, Wilhelm: Die Anfänge der chemisch-pharmazeutischen Industrie, 1. Bd., Berlin-Stuttgart 1949, 2. Bd., Aulendorf 1952.

- Vershofen, Wilhelm: Wirtschaftsgeschichte der chemisch-pharmazeutischen Industrie, 3. Bd., Aulendorf 1958.
- Villiger, Rudolf: Der Lagerumschlag - ein Produktivitätsfaktor im Einzelhandel, Bern 1962 (Zitierweise: Lagerumschlag).
- Villiger, Rudolf: Gedanken zum Marketing im Einzelhandel. In: Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz und Handel an der Hochschule St. Gallen, Heinz Weinhold-Stünzi, Zürich 1978, S. 329 ff. (Zitierweise: Marketing).
- Wachtel, Hans W.: Marktgerechte Produktgestaltung, Gernsbach 1974.
- Wächter, Hartmut: Unternehmungs- und Unternehmerziele im sozio-ökonomischen Feld, Göttingen 1969.
- Wagener, Frido/Kirchhoff, Gerd: Forschungsprogramm Staatsorganisation, im Auftrage des Bundesministers des Innern ausgearbeiteter zweiter Entwurf, Speyerer Arbeitshefte 20, Speyer 1978.
- Wallraven, Lutz: Anmerkung zum Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf über Werbung durch Apotheken vom 28.6.1979. In: Pharm. Ztg. 124. Jg. (1979), S. 1666 f.
- Wartensleben, Herbert: Welcher Haftung unterliegt der Apotheker? In: AJ, H. 8/1980, S. 12 ff.
- Weber, Max: Wissenschaft als Beruf. In: Weber, Max, Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, 3. Aufl., hrsg. v. Johannes Winckelmann, Tübingen 1968, S. 582 ff.
- Weihermüller, Michael: Wie findet man den idealen Standort? In: AJ, H. 3/1979, S. 57 ff.
- Weiler, Heribert O.: Ungebremste Talfahrt der Apotheken-Rendite. In: Pharm. Rundschau 1/1980, S. 18.
- Weinberg, Georg-Michael: Werbung im Einzelhandel - Ein Beitrag zu offenen Fragen der Werbeforschung, Diss. Berlin 1970 (Zitierweise: Einzelhandel).
- Weinberg, Georg-Michael: Werbung im Handel. In: Handbuch der Werbung, hrsg. v. Karl Christian Behrens, Wiesbaden 1970, S. 905 ff. (Zitierweise: Werbung).
- Weinberg, Peter/Behrens, Gerold/Kaas, Klaus P.: Ansatzpunkte und Probleme der Preisbildung. In: Marketingentscheidungen, hrsg. v. Peter Weinberg, Gerold Behrens und Klaus P. Kaas, Köln 1974, S. 52 ff. (Zitierweise: Preisbildung).
- Weinberg, Peter/Behrens, Gerold/Kaas, Klaus P.: Ansatzpunkte und Probleme der Distribution. In: Marketingentscheidungen, hrsg. v. Peter Weinberg, Gerold Behrens und Klaus P. Kaas, Köln 1974, S. 278 ff.

- Weinhold-Stünzi, Heinz: Grundlagen wirtschaftlicher Absatzführung, 2. Aufl., Bern und Stuttgart 1974 (Zitierweise: Grundlagen).
- Weinhold-Stünzi, Heinz: Marketing in neuen Dimensionen? In: Unternehmung und Markt, hrsg. v. Forschungsinstitut für Absatz und Handel der Hochschule St. Gallen, Heinz Weinhold-Stünzi, Zürich 1978, S. 7 ff.
- Weisser, Gerhard: Form und Wesen der Einzelwirtschaften. Theorie und Politik ihrer Stile, 1. Bd., 2. Aufl., Göttingen 1949 (Zitierweise: Einzelwirtschaften).
- Weisser, Gerhard: Wirtschaft. In: Handbuch der Soziologie, hrsg. v. Werner Ziegenfuß, Stuttgart 1956, S. 970 ff.
- Weisser, Gerhard: Morphologie der Betriebe. In: HWB, 3. Aufl., hrsg. v. Hans Seischab und Karl Schwantag, Bd. III, Stuttgart 1960, Sp. 403b ff.
- Weisser, Gerhard: Gemeinwirtschaftlichkeit bei Einzelwirtschaften, Schriftenreihe Gemeinwirtschaft Nr. 11, Frankfurt/Main-Köln 1974.
- Weisser, Gerhard: Einführung in die Lehre von den gemeinwirtschaftlichen Unternehmen, Schriftenreihe Gemeinwirtschaft Nr. 23, Frankfurt/Main-Köln 1976 (Zitierweise: Lehre).
- Weisser, Gerhard: Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Göttingen 1978.
- Weisser, Gerhard: Die "praktischen" Aussagen von Politologie und Wirtschaftswissenschaft. In: Weisser, Gerhard, Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Göttingen 1978, S. 72 ff.
- Weisser, Gerhard: Die Überwindung des Ökonomismus in der Wirtschaftswissenschaft. In: Weisser, Gerhard, Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Göttingen 1978, S. 573 ff.
- Weissmann, A.: Die Präsentation von Kosmetik in der Apotheke. In: AJ, H. 1/1981, S. 58 ff.
- Weige, Hans-Dieter: Ladenöffnungszeiten. In: MWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1179 ff.
- Weige, Martin K.: Profit Center. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Stuttgart 1975, Sp. 3179 ff.
- Wetzel, Klaus: Marketing im Einzelhandel - Dargestellt am Beispiel des Einsatzes von Sonderangeboten, Wiesbaden 1974.
- Wermien, Kurt: Platzierungsplanung ohne sterile Gleichförmigkeit. In: Selbstbedienung und Supermarkt, 10. Jg. (1966), Nr. 1, S. 32 ff.

- Wiegmann, Hans-Henning: Modelle zur Preisentscheidung im Marketing, Berlin 1977.
- Wild, Jürgen: Theorienbildung betriebswirtschaftliche. In: HWB, 4. Aufl. hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 3, Stuttgart 1976, Sp. 3889 ff.
- Wilkes, Malte W.: Aspekte pharmazeutischer Preispolitik. In: Praktiziertes Pharma-Marketing, hrsg. v. Peter Hoffmann, Gräfelting o.J. (1974), S. 86 ff.
- Wilsdorff, Ulrich: Apothekeneinrichtung: "Apotheke muß für die Kunden durchschaubar werden!" In: AP, 3.Jg. (1981), Nr. 1, S. 6 f.
- Wimmer, Frank: Beratung ist die beste Werbung. In: AJ, H. 2/1980, S. 67 ff.
- Winckelmann, H.J.: Rezeptfrei. Selbstmedikation, Gefahr oder Fortschritt, Kulmbach 1978.
- Wissenschaftliches Institut der Orts-Krankenkassen (Hrsg.): Leistung und Finanzierung des Gesundheitswesens in den 80er Jahren, WIdO-Materialien, Bd. 8, Bonn 1979.
- Witt, Dieter: Einflüsse öffentlich-wirtschaftlicher Ziele auf die rationale Finanzierung öffentlicher Betriebe, Diss. München 1972.
- Witt, Dieter: Ziele in Betrieben. In: Personal-Enzyklopädie, 3. Bd., München 1978, S. 701 ff.
- Witte, Eberhard: Entscheidungsprozesse. In: HWO, 2. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla, Stuttgart 1980, Sp. 633 ff.
- Witte, Eberhard unter Mitwirkung von Hauschildt, Jürgen: Die öffentliche Unternehmung im Interessenkonflikt, Berlin 1966 (Zitierweise: Interessenkonflikt).
- Wöhe, Günter: Betriebswirtschaftslehre, Entwicklungstendenzen der Gegenwart. In: HWB, 4. Aufl., hrsg. v. Erwin Grochla und Waldemar Wittmann, Bd. 1, Stuttgart 1974, Sp. 710 ff.
- Wöhe, Günter: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 13. Aufl., München 1978.
- Woldert, Siegfried: Apotheker streiten um Rezeptsammelstelle. In: SZ, Nr. 146 v. 27.6.1980, S. 23.
- Woll, Artur: Der Wettbewerb im Einzelhandel. Zur Dynamik der modernen Vertriebsformen, Berlin 1964.
- Wotzka, Paul: Standortwahl im Einzelhandel. Standortbestimmung und Standortanpassung großstädtischer Einzelhandelsbetriebe, Hamburg 1970.

Wurth, Reinfried: Die Bewertung der Filialstandorte von Einzelhandels-filialunternehmungen, Köln-Opladen 1970.

Wysocki, Klaus von: Betriebswirtschaftslehre und Staat. In: ZfbF, 18. Jg. (1966), S. 198 ff.

Zander, Erika/Zander, Ernst: Neue Apothekenbetriebslehre, 2. Aufl., Bad Harzburg 1976 (Zitierweise: Apothekenbetriebslehre).

Zander, Erika/Zander, Ernst: Die Apotheke und ihre Mitarbeiter, Freiburg i. Br. 1978 (Zitierweise: Die Apotheke).

Zentes, Joachim: Preispolitik. In: HWA, hrsg. v. Bruno Tietz, Stuttgart 1974, Sp. 1665 ff.

Zentralausschuß der Werbewirtschaft (ZAW) (Hrsg.): Werbung '80, Bonn 1980.

Zeumer, Anita: "Kosmetik mit Qualität anbieten". In: AP, 1. Jg. (1979), Nr. 6, S. 16.

Ziegler, Albrecht: Arzneimitteltransparenz: Realität und Forderung. In: Deutsches Ärzteblatt H. 7, 1979, S. 457 ff.

Ziegler, Bernd: Arzneimittelversorgung und Wettbewerb. Wirtschaftspolitische Studien 54, Göttingen 1980.

Zinsser, F.: Bestell- und Lageroptimierung mit Hilfe des Bestellmengen-optimierers nach Zinsser. In: DAZ, 115. Jg. (1975), S. 1689.

Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, sonstige Quellen:

Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) vom 14. November 1980 (BGBl. I., S. 2147).

Arzneilieferungsvertrag für Bremen-Hamburg-Niedersachsen-Schleswig-Holstein vom 1. April 1978 zwischen den zuständigen Apothekervereinen und den Landesverbänden der Ortskrankenkassen.

Arzneilieferungsvertrag zwischen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. und dem Deutschen Apothekerverein, abgedruckt in einer Beilage des Verbandes freier Deutscher Apotheker e.V. zu Pharmazeutische Rundschau 2/1980.

Bericht des Bundeskartellamtes über seine Tätigkeit im Jahre 1977 sowie über Lage und Entwicklung auf seinem Aufgabengebiet, Bundes-tagsdrucksache 8/1925, Bonn, 16.06.78.

Berufsordnung für Apotheker der Apothekerkammer Bremen vom 5. März 1979.

Berufsordnung für Apotheker des Landes Niedersachsen i.d.F. vom 21. April 1978, abgedruckt in: Mitteilungsblatt der Apothekerkammer Niedersachsen, Nr. 8/1978.

Berufsordnung für Apotheker der Apothekerkammer Nordrhein vom 27. September 1978.

Berufsordnung für Apotheker der Apothekerkammer Westfalen-Lippe vom 6. Dezember 1978.

Berufsordnungen für Apotheker der Apothekerkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein.

Bescheid des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 30.10.1980, abgedruckt in: Pharm. Ztg., 125.Jg. (1980), S. 2244.

Bundes-Apothekerordnung vom 5. Juli 1968 (BGBl. I, 601), in der neuesten Fassung auszugsweise abgedruckt in: Hügel, Herbert (Bearb.): Apotheker-Jahrbuch 1978, Stuttgart 1978, S. 406 ff.

DMS-Dokumentation: Selbstmedikation 1975 - 1977/78, unveröffentlichte Marktstudie, o.O., (1979).

Erläuterungen zur Berufsordnung der Apothekerkammer Bremen vom 5. März 1979, Sonderdruck.

Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) vom 7. Juni 1909, zuletzt geändert am 10.3.1975 (BGBl. III, 43-1).

Gesetz über das Apothekenwesen vom 20. August 1960 (BGBl. I, 697) (Zitierweise: Apothekengesetz [ApoG]), abgedruckt in: Schiedermaier/Pieck, op.cit.

Gesetz über den Ladenschluß vom 28. November 1956, zuletzt geändert am 5.7.1976, i.d.F. der Bekanntmachung im BGBl. III, 8050-20.

Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (HWG) vom 11. Juli 1965 i.d.F. der Bekanntmachung der Neufassung vom 18. Oktober 1978 (BGBl. I, 1677), abgedruckt in: Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 327 ff.

Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24. August 1976 (BGBl. I, 2445), Art. 1 (Arzneimittelgesetz [AMG]), abgedruckt in: Kloesel/Cyran, op.cit.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland.

Interview mit Min.Rat Bauer, abgedruckt in: AP, 1. Jg. (1979), Nr. 6, S. 14.

Kaufkraft- und Kreiskarte der Bundesrepublik, hrsg. v. der Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung (GfK) e.V., Nürnberg.

Leitsätze zur Werbung im Apothekenschaufenster, abgedruckt in: DAZ, 115.Jg. (1975), S. 665.

Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation für die Herstellung und Qualitätskontrolle von Arzneimitteln (GMP), abgedruckt in: Cyran/Luckenbach/Hügel, op.cit., Blatt 22o ff.

Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 11. Juni 1958 (BVerfGE 7, S. 377 ff.), auszugsweise abgedruckt in: Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 367 ff.

Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 1964 (BVerfGE 17, S. 232 ff.), auszugsweise abgedruckt in: Schiedermaier/Pieck, op.cit., S. 4o9 f.

Urteil des Bundesverfassungsgerichts ("Facharzt"-Beschluß), Amtliche Sammlung 33, S. 158 ff.

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 9. Juli 1974 (BVerwG I C 24.73), abgedruckt in: Pharm. Ztg., 119.Jg. (1974), S. 1297 ff.

Urteil des Amtsgerichts München vom 3.12.1976: Kosmetik in Apotheken, abgedruckt in: Pharm. Ztg., 122.Jg. (1977), S. 4o2.

Urteil des Apothekergerichts des Saarlandes vom 17. November 1978 (AZ: ApoG 3/78), abgedruckt in: DAZ, 119.Jg. (1979), S. 1969 ff.

Urteil des Landesberufungsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht München vom 19.6.1979 (AZ: LBG-AP-1/79), auszugsweise abgedruckt in: Pharm. Ztg., 124.Jg. (1979), S. 1536 ff.

Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 28.6.1979: Werbung durch Apotheken (AZ: 2 U 151/78), abgedruckt in: Pharm. Ztg. 124.Jg. (1979), S. 1664 ff.

Urteil des Oberverwaltungsgerichts Münster vom 24.1.198o (AZ: ZA 1/76), abgedruckt in: Pharm.Ztg., 125.Jg. (198o), S. 8o6 ff.

Urteil des Landesberufungsgerichts für Apotheker in Karlsruhe vom 23. April 198o (LBG 4/79), abgedruckt in: Pharm. Ztg., 125.Jg. (198o), S. 14o5 ff.

Urteil des Berufungsgerichts für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Mainz vom 1. Oktober 198o (AZ: BG (H) K7/79), abgedruckt in: DAZ, 12o.Jg. (198o), S. 2291 ff.

Urteil des Verwaltungsgerichts Münster vom 1.10.1980, auszugsweise
abgedruckt in: BAZ, 1.Jg. (1980), Nr. 12, S. 4 f.

Urteil des BezirksberufsgERICHTS für Apotheker in Stuttgart vom 13.10.1980
(AZ: S 125/80), abgedruckt in: Pharm. Ztg., 126.Jg. (1981),
S. 560 ff.

Urteil des Oberlandesgerichts München vom 23.10.1980, auszugsweise
abgedruckt in: BAZ, 2.Jg. (1981), Nr. 1, S. 18.

Verordnung über den Betrieb von Apotheken vom 7. August 1968 (BGBl. I,
S. 939) (Zitierweise: Apothekenbetriebsordnung /ApoBo_),
mit Änderungsverordnungen abgedruckt in: Cyran/Luckenbach/
Hügel, op.cit.

Verordnung über die automatische Verschreibungspflicht, abgedruckt in:
Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 127z5 ff.

Verordnung über die Rezeptpflicht von Arzneimitteln, abgedruckt in:
Kloesel/Cyran, op.cit., A 2.8, Blatt 190 f.

Verordnung über die Zulassung von Arzneimitteln für den Verkehr außer-
halb der Apotheken, abgedruckt in: Kloesel/Cyran, op.cit.,
Blatt 133 ff.

Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel, abgedruckt mit
Änderungsverordnungen in: Kloesel/Cyran, op.cit., Blatt 127e ff.

Zugabeverordnung vom 9. März 1932, i.d.F. der Bekanntmachung im BGBl. III,
43-4-1.

Persönliche Gespräche mit den Herren

Dr. Kellerer, Verlag Medical Tribune, Wiesbaden,

Dr. Weber, Fa. Heinrich Mack Nachf., Illertissen,

Knäpper, Fa. Heinrich Mack Nachf., Illertissen,

Reiser, Fa. Heinrich Mack Nachf., München,

Dr. Leetsch, Bayerischer Apothekerverein, München,

Neumann, ABDA, Frankfurt/Main

sowie den Damen und Herren Apothekern

Braun, München,

Sabathil, Pforzheim,

Schmidt, Karlsruhe,

Schwaabe, München.

Lebenslauf

Geboren: 26. April 1953 in Ansbach

Eltern: Julius Schmidt, Apotheker
Elisabeth Schmidt, geb. Mehringer

Schulen: 1959 - 1963 Volksschule in Ansbach
1963 - 1966 Platen-Gymnasium Ansbach
1966 - 1972 Kant-Gymnasium Karlsruhe
(Mathematisch-naturwissen-
schaftlicher Zweig)
21. Juni 1972 Reifeprüfung

Studium: WS 1972/73 - WS 1977/78 an der
Universität München
Studienfach: Betriebswirtschaftslehre
21. Dezember 1977 Diplomprüfung

Während des Studiums praktische Tätig-
keiten in einer Münchner Bank und im
elterlichen Geschäft in den Semesterferien

Tätigkeit nach
Abschluß des
Diplomexamens: 1. Januar 1978 - 28. Februar 1978
wissenschaftliche Hilfskraft (halbtags)
am Institut für Verkehrswirtschaft und
öffentliche Wirtschaft der Universität
München (Vorstand: Prof. Dr. K. Oettle)
seit 1. März 1978 Verwalter der Dienst-
geschäfte eines wissenschaftlichen
Assistenten am gleichen Institut

München, 17. März 1981

